

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. MAGÁNTANÁR,
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT Bókay János szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza és ifj. Klug Nándor szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarzi Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Haberfeld J. Emil: Közlemény a Budapest fő- és székvárosi régi szent János-kórház vegyes osztályából. (Osztályvezető főorvos: Polyák Lajos dr.) Therapiai vizsgálatok digalennal (Digitoxinum solubile Cloetta). 554. lap.

Schütz Aladár: Közlemény a breslaui egyetemi gyermek-klinikából. (Igazgató: Prof. Czerny Adalbert.) Pótló adatok az újszülött- és csecsemőgyermek termézetes immunitásához. 556. lap.

Jendrassik Ernő: A neurastheniáról. 558. lap.

Tároza, Friedrich Vilmos: A tüdőgümőkör elleni védekezés egyes országokban és Dánia törvényhozása. 562. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. J. Marcuse: Heissluftapparate und Heissluftbehandlung. — F. Klausner: Über das psychische Verhalten des Arztes und Patienten vor, bei und nach der Operation. (Gergő.) 563. lap. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Azmann: Radiophor. (Marikovszky.) — Senator: A vasnak és az arsenes vasnak subcutan befecskendések alakjában nyújtása. (Marikovszky.) — Belgyógyászat. Kaufmann R.: A gyomorsav mennyiségének diagnostikai értéke. (H. P.) — Thom: Gümőkóros fertőzések*

házastársak között. — Allard: Theocinmérgezés. — Scott: Typhus okozta bél-átfűródások. — Singer: Pseudoappendicitis. — Idegbajok. Vorkastner: A Jackson-epilepsia műtévesének indicatiojáról. — Sebészet. W. A. Freund: A rák pathogenesiséről. (Steiner Pál.) — Holme Wiggan: A méh és hüvely teljes prolapsusának műtéti kezelése. (Pólya.) — Fagge: Intussusceptio. (Pólya.) — Cumston: Interparietalis inguinalis hernia. — Zvalenburg: Az intraappendicularis tensio szerepe az appendicitis aetológiájában. — Karszewski: A perityphlitis oka, megelőzése és kezelése. — Bőrkórtan. Kromayer: Az eczema kezelésének haladása. — Juliusberg: Bőrbajok kezeléséről fagyasztó eljárásokkal. — Schneider: Anthraxol. — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Aronheim: Lábizzadás orvoslása. — Zeissl: Gonorrhoea kezelése. 563-566. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Fenyvessy Béla. — Mohr Mihály. — Paunz Márk. — Béla Pál. — A törvényszéki orvosvizsgáló bizottság. — A tisztviselői vizsgák. — Elhunyt. — K. Binz. — Pályázat. — Jubileum. — A 14. francia sebészcongressus. — Az olvashatlan receptek ellen. — A „gyakorlati év”-ről Németországban. — Katheter használata 29 éven át. — A pesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekkórházának kimutatása. — Hazai fürdőink személyforgalma. — A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület. — A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentőosztálya. — A budapesti poliklinika. — A főváros egészsége. 562. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Budapest fő- és székvárosi régi szent János-kórház vegyes osztályából. (Osztályvezető főorvos: Polyák Lajos dr.)

Therapiai vizsgálatok digalennal. (Digitoxinum solubile Cloetta).

Irta: Haberkfeld J. Emil dr.

A keringési szervek diagnostikájának fokozatos előhaladtával arányosan növekedett az újítási kísérletek száma therapeutikus téren is. Ezen kísérletek közül legfontosabbaknak azokat tekinthetjük, melyek az eddig pótolhatatlan digitalis-készítmények alkalmazásakor előforduló kellemetlen mellékhatásokat, valamint a hatóanyagtartalom nagyfokú ingadozása folytán beállható complicatiókat igyekeznek elkerülhetővé tenni. E téren még a legkisebb javítás is nagy gyakorlati fontossággal bír, ezért nem végez felesleges munkát jelen közlemény sem, mely Cloettának legújabb ajánlott digitalis-készítményével, a *digalennel* foglalkozik és az ezen szer alkalmazása által elért eredményekről számol be.

Sertturner úttörő felfedezése óta, a midőn a morphiomot izoláltan állította elő, folytontartó a törekvés, hogy az eddigelé még drogok alakjában használt szerekből a hatóanyagot kivonva, azt önálló formájában lehessen használni.

A digitalisnál ezen szükség fokozottabb mértékben volt érezhető, mivel a digitalis-készítmények hatóanyagai a legkülönbözőbb körülmények befolyása alatt a legnagyobb mérvű ingadozásokat mutatják. Keller-nek 1897-ben közzétett vizsgálatai ismertetik a digitalis levelek hatóértékének meghatározási módját, a melynek révén kiderült, hogy a frissen szedett digitalis levelekben foglalt hatóanyag értékének ingadozása időnként 100 százalékot is kitesz; Focke pedig megállapította, hogy a szeptemberben szedett levelek júliusig eredeti hatóanyagtartalmuknak $\frac{3}{4}$ részét elveszítetik. Nem kevésbé megbízhatlanok hatás tekintetében a pulvis

foliorum digitalis és a tinctura digitalis, melyeknél Fraenkel hasonló százaléktérkingadozást talál.

Egy másik káros sajátága a digitalis-készítményeknek, főleg az infusumnak, a gyomorra gyakorolt izgató hatása, a mely émelygés, hányásinger s más kellemetlen jelenségek alakjában mutatkozik, a melyeket Hecht a por alakjában rendelt digitalisnál is észlelt.

Régi tehát a *pharmakologusok* azon törekvése, hogy a digitalis levelekből oly készítményt állítsanak elő, a mely a hatóanyagokat tisztán és változatlanul tartalmazza, pontosan legyen adagolható és nélkülözze a galenusi készítmények hátrányait.

Az erre irányuló vizsgálatok eredményeképpen a digitalis-levelekben foglalt glycosidák közül a többi közt forgalomba jött a *digitalin*, mely az előállítás különféle módjai szerint más és más physikai és chemiai tulajdonságokkal bír, s ennek megfelelően therapeutikus értéke is változó. A Walz utasítása szerint készült digitalin oldható praeparatum volt, a *Homolle* és *Quevenne*-féle oldhatatlan amorph-anyag, *Nativelle* pedig kristályos alakban állította elő.

Schmiedeberg kimutatta, hogy ezen digitalin-készítmények kévérekei a digitalis levelekben foglalt különböző glycosidanyagoknak, s vizsgálva ezeket azt találta, hogy a forgalomban levő s oldható digitalin négy testből áll, úgymint: 1. a digitoninnak nevezett, a saponinnal rokon anyag; 2. a vízben oldhatatlan digitalin (ez a Homolle-féle „digitaline chloroformique”-nak hatásos alkotórésze); 3. a vízben könnyen oldható digitalein; 4. a *digitoxin*, mely a digitalis leghatásosabb anyaga (a Nativelle-féle digitalin főalkatrésze); ennek hasadási termékei a digitairesin és toxiresin.

A *Nativelle*-féle kristályos digitalinnak (digitalin crystallisé) megfelelő anyag a Schmiedeberg által előállított *digitoxin*. Arra nézve, hogy a digitalis leveleknek csakugyan ez volna leghatásosabb alkotórésze, Cloetta és Kiliani vizsgálatai óta nincsen kétség, a mennyiben ezen szerzők kimutatták, hogy a levelek más hatékony alkotórészét nem tartalmazzák. Gyakorlati téren azonban nem vált be Schmiedeberg kristályos digitoxinja, a minek oka nehéz adagolhatása (milligrammok tört részei), másrészt speci-

fikus izgató hatása a szövetekre, első sorban pedig a gyomorra; ennek magyarázatát oldhatatlanságában is kereshetjük és az ezzel járó lassú resorptio folytán cumulativ hatással is bír; e hátrányok nem ellensúlyozhatják azt, hogy pontosan adagolható és biztonságosan hat.

Jelentékeny haladásnak tekinthető a digitalis-therapiában, hogy egy eddigelé még nem ismertett eljárással sikerült *Cloetta*-nak Zürichben digitalis levelekből kis mennyiségű fehér amorph port előállítani, mely vízben elég jól oldódik s melyről kiderült, hogy vegyi összetételre nézve teljesen azonos a kristályos digitoxinnal. E szer minimális mennyiségben is adja a *Keller*-féle reactio alkalmazásánál a digitoxinra jellegző gyűrűket.

A kristályos digitoxinnak a gyakorlatban való alkalmazását az hátráltatta, hogy nehéz diffúziós képessége miatt hatása lassan állott be, cumulationnal járt és ezenfelül a szer helyi izgalmakat okozott, míg *Cloetta amorph solubilis digitoxin*-jánál ezen kellemetlen körülmények nem jelentkeznek, miután ez jól oldódik s így gyorsabban resorbeálódik is; ez egyszersmind módot ad arra, hogy a szükséghez képest választhatjuk meg alkalmazásának módját per os, per rectum, subcutan, avagy intravenosus úton. Az első két helyen említett módja az adagolásnak helyi reakciókkal egyáltalán nem jár, holott az infusum vagy a pulvis digitalisnak illetően alkalmazását gyakorta teszik nehezzé épen a localis izgalmi tünetek. Subcutan és intravenosus úton a digalent *Kottmann* dr. alkalmazta először *Naunyn* tanár klinikájának megfelelő beteganyagán, sőt ő kizárólag ezen két alkalmazási módra szorítkozott. *Kottmann* a digalent subcutan injectiók alakjában oly módon használta, hogy a forgalomban levő oldatból 1 cm³-nyit (0.0003 digalen) fecskendezett a bőr alá és 24 óra múlva már kifejezett digitalis hatást észlelt; ezen befecskendezéseket rendszerint naponta 3—4-szer ismételte jó eredménnyel. Hátránya ezen eljárásnak az, hogy a befecskedés helyén fájdalmat okoz.

Említésre méltók azon eredmények, a melyeket *Kottmann* a digalen intravenosus befecskedésével ért el; kifejezett digitalis hatás elérésére aránylag igen nagy adag digalenna (0.0015—0.0045 gm.) volt szükség, a hatás 2—5 perc múlva a vérnyomás lényeges emelkedése alakjában jelentkezett és nemcsak órákig, de gyakran napokig tartott; az intravenosus injectio a pulsus számát kevésbé befolyásolta, ellenben a diuresis rendkívüli mértékben növekedett, úgy hogy a napi vizeletmennyiség egyes esetekben 8 litert tett ki. *Kottmann* azt állítja, hogy az intravenosus digaleninjectiókkal lehet legkönnyebben gyors digitalis hatást elérni, a mennyiben az elhasznált digalenmennyiség azonnal hat, gyors kiválasztása pedig a mérgezés lehetőségét megakadályozza és ezért eljárása kétségkívül figyelembe veendő az acut szívgyengeségek némely alakjánál, mint pl. asthma cardialenál.

Az eljárás kivitele a következő: Eszközül legalkalmasabb az üvegből készült fecskendő platiniridium-tűvel, melyet kifűzünk. Az injectiót a könyökárokban, a vena mediana ban eszközöljük, melyben kisfokú pangást idézünk elő a felkaron alkalmazott gummicsővel; az intravenosus injectio sikerül oly egyéneknek is, kiknél a vena alig látható, sőt a kar vizenyős voltakor is sikerült a vénába injiciálni. Egyetlen egy alkalommal kellett az injectiót a vena jugularisba adni. A vena kisiklását elkerülendő, az egyik kézzel fixáljuk a venát.

Mihelyt a tű a vena lumenébe ért, rendszerint egy kis véroszlop jelenik meg a fecskendőben; ha ez nem történik meg, akkor megkísérélhetjük a vér felszívását a fecskendőbe és ezáltal meggyőződünk, hogy csakugyan a vénában vagyunk e. Ezentúl a felkar ligatúráját leoldva, lassan befecskendezzük a szert.

Kottmann szerint a nagy számmal alkalmazott befecskendések egyikénél sem merült fel jelentősebb nehézség.

Kivételes esetekben, sürgős szükség alkalmával mindenesetre szóba jöhetnek az intravenosus digaleninjectiók, azonban az osztályunkon végzett kísérletek alkalmával egyszer sem merült fel szükség annak, hogy a digalent ily módon alkalmazzuk; a per os adagolással elérhető hatás minden esetben kielégített.

Klemperer vizsgálatainál a digalent szintén csak per os rendelte, s így is jó eredményeket ért el vele és eseteinek túlnyomó többségében az incompensatiós tüneteket minden kellemetlen mellékhatás nélkül megszüntette.

A digalen 15 cm³ ürtartalmú üvegekben 25% glycerint tartalmazó vizes oldatban jut forgalomba; az oldatból 1 cm³ 0.3 mgm. amorph digitoxint (digitoxinum solubile *Cloetta*: digalen) tartalmaz, a mely mennyiség hatásra nézve 0.10 gm. pulvis folior. digitalissal egyenértékű. Minden üveg mellé egy mértékjelzéssel ellátott pipetta van csatolva, mely a szer legpontosabb adagolását teszi lehetővé. Egyes adagja 1 cm³, napi adagja 3—5-ször 1 cm³, vivő szerül víz vagy bor vehető kevés cukorral. *Biebergeil* *Senator* klinikáján eszközölt vizsgálatai alkalmával édes bort használt vehiculumnak és úgy találta, hogy az legjobban fedte a szer kesernyész ízt.

Az alább felsorolandó esetek mindegyikében egy kevés cukros vízhez keverten adtuk a digalent és egy esetben sem volt tapasztalható valamely kellemetlen izgalmi tünet a gyomor részéről.

Adagolása javalt mindazon esetekben, a hol a digitalis szüksége szóba jöhet, *Niemayer* szerint röviden kifejezve ott, a hol a szív munkaképessége elégtelennek bizonyul.

A digalenaadagolásnak hatása a digitalisra jellegzetes hatás alakjában nyilvánul; a pulsus számbelileg csökken, erélyességében növekszik és a venosus rendszerbeli vérnyomás rovására emeli az intraarteriosus vérnyomást, megszünteti a fennállott dyspnoét, fokozza a diuresist és ez úton az oedema és hasvízkór megszüntetését eredményezi.

A digalenhatast magyarázata a jelenségekből itélve azonos a digitaliséval; az egyes szívösszehúzódások száma csökken, de energiája növekedett; vagyis a gyomroc-systole, főleg a bal szívé, erősbödött, a diastole lassabb lesz és késik, a pitvarnak van ideje kiürülni, a gyomrocban több vér gyülemlik meg és erőlyesebb összehúzódással több vért lök ki a periferia felé. Ily módon a pangó vérrel telített szervekből kiürülhet a vér s a cyanosis eltűnik. Azonfelül az arteriosus vérnyomást in toto, tehát a veseuterekben is emeli (itt érvényre jut a vasoconstrictor hatás is). Ily módon fokozódik a vizeletelválasztás és ez osztatja el a hydropikus jelenségeket.

Az észlelt esetek közül a következőket sorolom fel:

1. Sz. E. 37 éves. Insufficiencia valvulae bicuspidalis et aortae.

Két évvel ezelőtt ismételt polyarthritist rheumaticában betegedett meg, melynek javulását követő három hónap múlva szívdobogás és nehéz légzés fogta el bármi kisebb munka végzése közben, s csakhamar bal bokája is megdagadt és jobb oldalán a bordaív alatt erős fájdalmakat érzett. Betegségével kórházba vétette fel magát, a hol digitalist kapott, melyet azonban gyomra nem tűrt meg, s e miatt strophantus-cseppeket szedett. Áttétel útján került osztályunkra a következő status praesenssel:

Középtermű, lesoványodott nőbeteg, csont- és izomrendszere ép, ízületek szabadok, kivéve a bal térdizületet, mely nyomásra, activ és passiv mozgásra fájdalmas. Az arc, ajkak és ujjpercek cyanotikusak; a bal boka az alszár közepéig duzzadt, az ujjbenyomatot megtartja, a hasürben fluctuáló folyadékgyülem. Mellkas lapos, tüdőhatárok rendesek, mindkét tüdőben diffúz hörghurut.

A szívtájéki erős systolikus rázkódást mutat, a szívesűcs felett surranás érezhető. Szívhatárok minden irányban megnagyobbodtak, szívtompulat a III. borda alsó szélénél kezdődik, befelé a jobb szegyszélég ér, szívesűcslökés egy harántujnyira a bimbóvonalon kívül látható és tapintható. A szívesűcs felett kifejezett systolikus zörej, melyet surranás követ, majd diastolés zörej. Az aorta szájadéka felett szintén mindkét zörej hallható, a pulmonalis II. hangja ékelt. Pulsus szapora, arhythmias, kis hullámú, lágy, könnyen elnyomható; száma percenként 126. Májtajéki erősen elődomborodó, érzékeny. Vizelet napi mennyisége 650 cm³; benne fehérje csak nyomokban található.

Therapia: digalen 4 × 1 cm³ per os.

Az adagolás harmadik napján a pulsus lassabb, erőteljesebb, száma percenként 92.

Vizelet napi mennyisége 1400 cm³. A szer adagolása az amúgy is atoniás gyomrú betegnek semmi kellemetlenséget nem okoz. A beteg ezután csak 3 × 1 cm³ digalent kap, melyet a szerelés egész tartama alatt jól tűrt meg.

2. D. K. 56 éves. Stenosis ostii venosi sinistri.

Beteg több ízben szenvedett sokizületi csúszban, mely legutoljára 2 év előtt ismétlődött nála, izületei ekkor megdagadtak, fájdalmasak voltak és e jelenségeket láz is kísérte. Mintegy másfél év óta észleli, hogy gyorsabb mozgásnál elfullad, erős szívdobogás fogja el és arcza elkékekül. 12 nappal ezelőtt vette észre, hogy lábai bokáiban megdagadtak, fájdalmat azonban nem érzett, viszont a dagadás mindinkább feljebb terjed és 3—4 nap óta hasa is puffad; szívdobogás és fulladás most gyakrabban lepik meg, úgy hogy kénytelen volt a kórházba felvételni magát.

Status praesens: Alacsony termetű, jól táplált, kissé elhízott nőbeteg, a felvételkor láztalan. Csont- és izomrendszere ép, izületek szabadok. Mindkét boka és alszár oedemás, a hasban kisfokú hydrops ascites. Mellkas domború, tüdőhatárok rendesek, tüdők felett száraz hurut. Szívtompulat lefelé megnagyobbodott, csúcslövés kissé balfelé eltolva a VI.—VII. borda között tapintható, elterült, emelő. A jobb szív működése fokozott, ennek megfelelően az epigastriumban pulsatio látható. A jugulum üres, nyaki vénák tágak. A csúcs felett diastolikus zöreje, a pulmonalis második hangja accentuált. A pulsus arhythmias, kis hullámú és kis feszességű; száma 92. Kisfokú cyanosis és dyspnoe. Vizelet napi mennyisége 1200 cm³, fehérjét nem tartalmaz. Étvágy csökkent. Obstipatio.

Therapia: digalen naponta 3-szor 1 cm³ per os. A szer adagolását követő hamadik napon a vizelet napi mennyisége 3400 cm³ volt, az oedemák jóformán eltűntek. A beteg a kórházi kezelés tartama alatt összesen 22 cm³ digalent kapott, a melyre állapota annyira javult, hogy a kórházat elhagyhatta. A szer a beteg gyomrát egyáltalán nem izgatta.

3. P. J. 40 éves. Insufficiencia valvulae bicuspidalis.

A beteg előadja, hogy 5 évvel ezelőtt izületi gyuladása volt, ez időtől fogva menstruációs zavarok léptek fel nála. A midőn izületi baja gyógyult, elmezavar miatt 8 hónapot töltött egy csehországi elmeegógyintézetben. Egy év óta gyomorbaja van, mely ellen több kórházban keresett gyógyulást, betegsége azonban nem igen enyhült; jelenlegi panaszát szívdobogás, nehézlégzés és lábain fellépő vizenyő képezi.

Status praesens: Mérsékeltén táplált, lesóványodott nőbeteg, bőre feltűnően halvány, az arczon, ajkon, ujjperczeken nagyfokú cyanosis. Végtagok hidegek, az alszárakon oedema.

Mellkas lapos, tüdőhatárok a csúcsoknál rövidülést mutatnak, a tüdők felett diffus bronchitis. Szívtájék diffus lüktetést mutat, úgyszintén az epigastriumban is látható pulsatio van. A szívescsúcs balfelé kitolt, felette systolikus surranás tapintható. A pulsus kissé szapora, elég feszes. Szívtompulat a III. borda alsó szélénél kezdődik, harántirányban a sternum jobb széléig terjed. A szívescsúcslövés a V.—VI. bordaközben egy harántujnyira a bimbóvonalon kívül tapintható, felette hangos, systolikus fuvózöreje hallható. A pulmonalis II. hangja ékelt.

A beteg eleinte infus. folior. digitalis kapott (0.5:150-re); a második üveg használatánál a főzet folytonos emelygést, hányást okoz, úgy hogy adagolását beszüntettük, helyette a beteg digalent kapott, a melyet gyomra jól tűrt, s a mely hatásában is teljes mértékben pótolta a digitalis-főzetet. Az incompensatio tüneteinek javulásával a beteg erős méhvérzést kapott, melynek megszűnte után ismét psychikus zavarok léptek fel, úgy hogy a megfigyelő osztályra tétetett át.

4. K. B. Endarteritis chronica. Insufficiencia valvular. semilunar. aortae.

A felvételét megelőző 5 héttel ezelőtt az utcán eszméletlenül összeesett, a kórházban magához tért, benuulás nem következett be. Ezelőtt gyakorta szenvedett főfájása miatt, utóbbi időben köhög váladékot nehezen tud kiüríteni, gyakran ismétlődő fulladás, szívdobogás, nehéz légzés vesz rajta erőt s egy héttel ezelőtt lábfeje és bokája megdagadt. Előre ment betegségekre nem emlékszik, izületi gyuladása állítólag nem volt, lüest tagad; mérsékelt potator.

Status praesens: Magas termetű, mérsékeltén táplált férfi-beteg, zsírpárnája megfogyott, a bőr bő ránczokba szedhető. Csont- és izomrendszer nem mutat eltérést. Az art. temporalis kanyargós lefutású. Mellkas domború, tüdőhatárok hátul-alul egy bordaközzel mélyebben végződnek, a tüdők felett diffus hörghurut.

Szívtáj elődomborodó, csúcslövés balra kihelyezett: szívtompulat balfelé megnagyobbodott és a bimbóvonalon túlterjed, jobb- és felfelé rendes határokkal bir. Csúcslövés V.—VI. bordaközben tapintható, körülírt, emelő. A csúcs felett alig hallható zöreje, mely inkább a diastole idején érvényesül, az aortaszájadéék felett, inkább ettől balra kifelé kifejezett fuvó diastolés és rövid systolikus zöreje. A carotisok és az art. radialisok lüktetése látható; a pulsus gyors, kemény feszes. Máj kissé nagyobbodott, a légzés látható erőlködéssel jár, bokák és alszárak oedemásak; az étvágy csökkent; nyelv bevont. A beteg 1—2 nap óta fennálló szédülésről panaszokodik. Vizelet napi mennyisége 1220 cm³, benne kevés fehérje.

Therapia: A beteg infus. ipecae. mellett naponta 4-szer 1 cm³ digalent kap per os. A beteg 15 cm³ digalen elhasználása után subjective könnyebben érzi magát; szívdobogás, légszomj enyhébb, oedemák csökkentek. Megfelelő kihagyások mellett összesen 5 üveg szert használt el a beteg, a nélkül, hogy a használat bárminemű kellemetlenséggel járt volna.

(Folytatása következik.)

Közlemény a breslauer egyetemi gyermek-klinikából. (Igazgató: Prof. Czerny Adalbert.)

Pótló adatok az újszülött- és csecsemőgyermekek természetes immunitásához.

Közli: Schütz Aladár dr.

(Vége.)

3. Erich Fr.-t hat hónapos korában, 1904. május 24.-én hozzák a poliklinikára. Anyja február 2.-án tüdő- és légesőtuberculosisban halt meg. A gyermek a közelmúlt két hétben $\frac{1}{3}$ tej + czukrozott liszt-főzet-keveréket kapott. Gyakran hányt, néha köhögött. Táplálásáról egyéb adatot nem nyerhetünk. A gyermek kissé halvány, turgora mérsékelt, súlya 4630 gramm. Craniotabese, kis mirigyei vannak. Tüdők felett néhány zöreje hallható. Lépe alig tapintható. Tea-diaeta. Május 25.-én rekedtség, tüdőlelet negatív, testsúly 4480 gramm. A gyermek ötször 100 gramm $\frac{1}{3}$ tej + saccharinnal édesített zabkásapépet kap. Május 26.-án igen rekedt, erősen köhög, tüdőlelete negatív, reggeli hőmérséke 37.4, testsúly 4450 gramm. Folyton fogy, miért is a klinikára veszszük fel. Status praesens: Május 28.-án a rosszul táplált gyermek kissé pastosus, halvány, testsúly 4500 gramm, nyelve bevont, lépe tapintható. Pharyngitis s mérsékelt angolkórja van. Ötször 150 gramm $\frac{1}{3}$ tej + 4% tejezükros vizet kap. Junius 1-jén és 2.-án lázas, tüdők felett néhány zöreje hallható, székletei hígak. Junius 3.-án újból tea-diaeta. Junius 4.-én $\frac{2}{3}$ tej + zabkásapép, junius 8.-án $\frac{1}{2}$ tej + liszt-főzet daczára a gyermek folyton fogy. Junius 13.-án genyes fül-folyás. Fültükri vizsgálat chronikus füllobot tár elénk. Junius 14.-én a gyermek sápadt, apathiás, tüdők felett durva zörejek hallhatók, székletei nyálkásak. A folytonos súlycsökkenés (3900) miatt előre helyezzzük. Testsúly junius 25.-én 3740 gramm. Julius 2.-án 3380 gramm, bár egy hete az emlőn kívül naponta egyszer íróconservet is kap. Szemmel láthatólag sorvad. Julius 2.-án és 3.-án ismételt hányás, julius 4.-én a 3290 gramm súlyú lázas gyermek szívgyeugesség tünete észlelhetők. Strophantus. Julius 7.-én a gyermek még mindig lázas, testsúly 3230 gramm. A tüdők felett mindkét oldalt a kilégzésnél ropogó zörejek hallhatók. A vizeletben fehérje és cylindroidok vannak. A láz nem szűnik, híg székletek mellett végre a 3000 grammra lefogott gyermek 7 $\frac{1}{2}$ hónapos korában julius 11.-én meghalt.

A sectionál chronikus gyomor-bélhurut mellett sajtos bronchialis és tracheal-mirigyeket, tüdő-, pericardium-, lép-, máj-, vesetuberculosis, az ileumban és coecumban tuberculosus fekélyeket találunk.

A tüdőlelet az időnként hallható néhány zörejtől eltekintve, a kórházi tartózkodás egész tartama alatt normális. Otitis foetida mellett laryngealis köhögés állandóan fennáll, az észlelés vége felé még fokozódik. Gégetükri vizsgálattal, a torokváladék ismételt bakteriologiai vizsgálatával, a köhögés és rekedtség okát nem tudjuk megtalálni. Az észlelés vége felé a lépet sem tapintjuk többé. A gyermek folyton fogy, tartósan sápadt és apathiás.

Halál előtt öt nappal 50 gm. asszonytejet szopik. Két óra mulva nyert 10 cm³ 0.201% savanyúságú gyomortartalom 1 cm³-e

5 méregegységet közömbösít. A kísérleti állat azonban három hó múlva typosus oltási miliartuberculosisban pusztul el.¹ 1 cm³ alkalizált gyomorbennékkal oltott állat négy nappal az oltás után typosus diphtheria-mérgezés folytán meggyöngyösödött.

A bevezetésben bővebben kifejtettem, hogy a harmadik kérdést nem oldhattam meg a tervezett módon.

A születésük óta mesterségesen táplált gyermekek egyike koraszülött, jól fejlődik, súlyban három hónap alatt 1950 gm.-ról 2990 gm.-ra gyarapszik. Gyomortartalmát háromszor, a gyermek két hetes, két és három hónapos korában negatív eredménnyel vizsgálom meg.

A másik gyermek gyomorbennékének vizsgálata igen érdekes adatokat nyújt:

Walther Sch., 1904. május 9.-én születik, táplálékul $\frac{1}{3}$ nyers kecsketej + 5% tejezúros vizet kap. Május 10.-én icterus. Testsúlya 3120 gm.-ról május 11.-éig 3000 gm.-ra csökken, initialis testsúlyát a gyermek május 20.-án nyeri vissza. Május 13.-án a székletét normalis, május 17.-én a köldökcsomók leválnak. Május 22.-én a testsúly újból csak 3080 gm., miért a gyermek $\frac{1}{3}$ tej + 6% cukrosvíz, majd május 24.-én ötször 120 gm. $\frac{2}{5}$ tej + $\frac{3}{5}$ 7% cukrosvízkeveréket kap. Ezen táplálás mellett teljes jólétben naponta 25–30 gm.-mal gyarapszik. Junius 4.-én testsúlya 3310 gm., hőmérséke 37.7. A gyermek azután 130 gm. tápadag daczára fog, majd junius 7.-étől junius 11.-éig súlyban nem gyarapszik. Junius 11.-én, midőn a reggeli hőmérséke újból 37.7°, testsúlya pedig 3240 gm., a gyomorbennékét először vizsgálom meg. Junius 13.-ától a gyermek naponta kétszer 130 gm. $\frac{1}{3}$ kecsketej + $\frac{2}{3}$ zabkásapépet kap, 50 gm.-mal gyarapszik. Junius 22.-én szápenésze van, testsúlya megint csak 3240 gm., ötször 140 gm. $\frac{1}{2}$ tej + 5% tejezúros zabkásapépet kap. Junius 24.-én testsúlya 3220 gm., kétszer napjában hígított malátalevest ($\frac{1}{4}$ l. tej + 80 gm. maláta + 30 gm. búzaliszt 1 literre) kap. Erre jól gyarapszik. Junius 25.-én reggeli hőmérséke 37.7°. Julius 5.-én testsúlya 3620 gm., a gyomorbennékét másodszor vizsgálom meg. Ez alkalommal először kap forrált kecsketejet a keverékben. A Julius 11.-én 3740 gm. súlyú gyermek négy nap alatt 80 gm.-ot fog. Julius 18.-ától napjában háromszor hígított malátalevest kap. Julius 22.-én testsúlya újból 3740 gm., lingua geographicája van. Julius 30.-án a 3990 gm. súlyú gyermek gyomorbennékét harmadszor vizsgálom meg. Augusztus 4.-én a gyermek testsúlya 4210 gm. Augusztus 5.-én csak 4130 gm. Ezen súlycsökkenést csak augusztus 31.-én hozza be. Augusztus 9.-én reggeli hőmérséke 37.8, testsúlya 4170 gm., 10.-én napjában ötször 150 gm. malátalevest kap. Augusztus 15.-étől 18.-áig lázas. Augusztus 19.-én a gyermek súlya 4160 gm., jókedvű, bőre tiszta, gyomorbennékét negyedszer vizsgálom meg. Augusztus 20.-ától 23.-áig és 28.-ától 30.-áig a gyermek újból subfebrilis, súlyban nem gyarapszik. Augusztus 24.-étől szeptember 1.-éig mind több tejet s kevesebb malátát kap. Szeptember 2.-án és 3.-án gyakori bűzös, nyálkás székletek, a testsúly 4260 gm.-ról 4180 gm.-ra csökken, nagy nyugtalanság, sikoltozás, strabismus convergens, a gyermek kezeit ökölbe szorítja. Chloralt kap. Thea-diaeta daczára szeptember 4.-én kétszer hány, lázas, szaporán lélegzik. Szeptember 5.-én csak egyszer hány, igen sápadt, apathiás, nagy láz gyöttri, súlya 3820 gm. Bűzös székletek miatt bélmosás. Theát, majd zabkásapépet kap. Nyugtalansága nem szűnik, szeptember 7.-én végzett

kétoldali paracentesis daczára szeptember 15.-éig folyton lázas. Szeptember 11.-én a jobb alsó tüdőlebenyben bronchopneumoniás gócz, szeptember 14.-én pharyngitis, lingua geographica, szeptember 15.-én a jobb alszáron furunculus. Testsúlya szeptember 8.-án 3720, 12.-én 3870, 13.-án 3820, 15.-én 3940, 18.-án 3920 gm. Táplálékul szeptember 6.-án egyszer 120 gm. $\frac{1}{3}$ tej + zabkásapépet, szeptember 9.-én ötször 150 gm. $\frac{1}{2}$ tej + zabkásapépet + $\frac{1}{2}$ theakanál porczukrot, szeptember 12.-én ötször 160 gm. keveréket, szeptember 13.-ától e keverékbe 1 theakanál czukrot kap. Szeptember 24.-én testsúlya 4050 gm., széke szürkés-fehér, bűzös (rossz zsírkishasználás), szeptember 25.-én újból kifejezett lingua geographica. Szeptember 27.-én a 4200 gm. súlyú gyermek feláll, október 3.-án a gyermek sápadt, vigkedélyű, hasa nagy, ül és áll, ha támogatják. Mája két ujjnyira, lépe másfél ujjnyira éri túl a bordaívét. Testsúlya 4500 gm., október 6.-ától a gyermek ötször 180 gm. tejkeveréket, szeptember 10.-étől egyszer búzadaralevest kap. Testsúlya október 13.-án 4740 gm., október 24.-én pedig 5100 gm. Október 28.-án a gyermek jókedvű, jó színben van, hasa kisebb s az ágy karfájába fogózza áll. Testsúlya 5280 gm. Október 30.-án 5480 gm. Október 31.-én 5540 gm. súlyú, lázas, lépe két, mája három ujjnyi. November 9.-én jól ül és áll. Ismét nagy a hasa, lépe alig tapintható, mája két ujjnyi, testsúlya 5900 gm. November 10.-én gyakori székelés miatt bélmosás. November 17.-én a 6200 gm. súlyú gyermek gyomorbennékét ötöd-ször vizsgálom meg. December 4.-től december 10.-ig coryza, pharyngitis, lázak daczára a testsúly 6520 gm.-ról 6720 gm.-ra emelkedik. December 15.-én a gyermek sápadt, lépe nem tapintható, testsúlya 6690 gm. December 17.-én a gyermeket beoltjuk.

A gyermek naplója egy typosus Czerny-féle exsudatív diathesisben szenvedő, eleinte lassan gyarapodó, időnként lázas, különböző infectiókra hajlamos gyermek képét nyújtja. Az ötször megjejtett gyomorbennék vizsgálatának eredménye a következő: (1. a táblázatot.)

1. A pro 100 gm. állattestsúly 1 cm³ gyomorbennékkal beoltott állat az oltás után négy napra pusztult el. A sectionál a hasfal kiterjedt oedemája mellett erős fibrinosus exsudatum volt jelen. A diphtheria-mérgek hatásának egyéb jele hiányzott.

2. A 0.50 cm³ 5 csepp 5% szódaoldattal alkalizált gyomorbennékkal oltott állat elpusztult.

3. Erich Gy. gyomorbennékének vizsgálata hasonló eredménnyel járt.³

Ezen kísérletekből azt látjuk tehát, hogy a gyomorbennék diphtheria-mérgek közömbösítő képessége egyazon esetben különböző időben különböző erősségű lehet, sőt hiányozhatik is.

A második kérdés megválaszolására megvizsgált három súlyos beteg gyermek gyomorbennéke közül a haldokló tuberculosis gyermeké diphtheria-mérget közömbösít, a harmadik kérdés tisztázására végzett kísérletekből pedig kiderül, hogy exsudatív diathesisben szenvedő, azaz infectiókra hajlamos gyermek gyomorbennéke is közömbösíthet diphtheria-mérget.

Ezekből tehát újból csak az következik, hogy ha egy gyermek gyomorbennéke diphtheria-mérget közömbösít is, ez még nem azonos az illető gyermek általános immunitásával. Méregközömbösítő gyomorbennék daczára megbetegedhetik a gyermek¹ s viszont immunis lehet a nélkül, hogy gyomorbennéke diphtheria-mérget közömbösítene. Mert a gyomorbennék méregközömbösítő képessége csak egy faktora az általános immunitásnak. Mindazonáltal a gyomorbennék méregközömbösítő képességének jelenléte, majd rövid idő múlva ugyanazon esetben tapasztalható hiánya érdekesen világít be a dispositio kérdésébe. Ha a gyomorbennék egyszer közömbösít diphtheria-mérget, másszor meg nem, akkor beláthatjuk, hogy a méregnek a gyomorba jutása még nem azonos a méreghatás kifejlődésével. Ha a gyomorbennék a diphtheria-mérget közömbösíti, akkor a méreghatás nem fejlődhet ki; ha a gyomorbennék nem közömbösít, úgy a méreg kifejti hatását.

Az összes megvizsgált 17 eset közül 6 teljesen egészséges gyermek volt, mind a 6 szopós. Valamennyinek gyomorbennéke a

¹ L. az 1903. évi kísérleteket.

² 1903 és 1904 őszén végzett kísérletek.

³ A savanyú közegnek az 1903.-i vizsgálatokban sejtett befolyásának egy újabb bizonyítéka.

¹ A tuberculosis diagnózisát sectio hijján esetleg a gyomorbennék oltása döntötte volna el. Az 1903.-i hasonló kísérletek folyamán egy tüdőtuberculosisban beteg asszony 33 napos gyermekének gyomorbennékével oltott kontroll állat hat hét alatt szintén tuberculosisban pusztult el. A gyermeket anyja két hétig szoptatta. A gyermek további sorsáról nem értesültem. Ezen két eset kapcsán tuberculosis gyanúja esetén a diagnózis megtételére a gyomorbennék subcutan állatoltását ajánlom. Folyton soványodó, időnként lázas, néha köhögő, sápadt, kedvetlen csecsemők tuberculosisban szenvedhetnek. Kiterjedt mellkasi folyamat lehet jelen úgy szólván tünet nélkül. A torokból nyerhető váladék vizsgálata nem eredményes, mert a csecsemők s kisebb gyermekek a felköhögött váladékot lenyelik. A gyomorban pedig, uti figura docet, a lenyelt tuberculosis-bacillus nem megy rögtön tönkre s a gyomorbennék oltásával jelenléte kimutatható. Tengerimalaczon végzett subcutan oltás után két héttel tuberculosis mirigyeket találhatunk. (Előadott a kir. orvosegyesület tuberculosis-bizottságának 1904. február elején tartott ülésén, melynek tárgyat Szontagh dr. „az infantilis gümőkór néhány kérdéséről” című, január 12.-én a tuberculosis-bizottságban tartott előadás discussioja képezte.)

A kísérleti sorozat		A gyermek			A sondázás ideje tápfelvétel után	A gyomorbennék			A táplálék
száma	ideje	kora	testsúlya gm.	tápláléka		összmeny-nyisége	savanyúság % HCl-ben	hatásossága pro 100 gm. állat- testsúly s 5 méregegységgel szemben	
I.	VI/11.	33 nap	3240	130 gm. $\frac{2}{5}$ nyers kecsketej + $\frac{3}{5}$ 70% tejzúrok	2 óra	10 cm ³	0.18250%	1.0 cm ³ = 0 ¹	1.0 cm ³ = 0
II.	VII/5.	57 nap	3620	140 gm. $\frac{1}{2}$ forrált kecsketej + $\frac{1}{2}$ 50% tejzúrok zabkásapép	2 óra	7 cm ³	0.3650%	0.25 = hatásos ²	2.0 cm ³ = 0
III.	VII/30.	82 nap	3990	140 gm. Keller-féle malátaleves	2 óra	20 cm ³	—	1.0 cm ³ = 0	2.0 cm ³ = 0
IV.	VIII/19.	102 nap	4160	150 gm. Keller-féle malátaleves	2 óra	néhány cm ³	—	0.25 = halálos	—
V.	XI/17.	192 nap	6200	180 gm. $\frac{1}{2}$ tehéntej + zabkásapép + 1 kocka cukor	2 1/2 óra	10 cm ³	savanyú	1.0 cm ³ halálos	—

diphtheria-mérget közömbösítette. A többi nem teljesen egészséges 11 gyermek közül 6-nak volt hatásos gyomorbennéke (3 mesterségesen táplált és 3 szopós). A diphtheria-mérget közömbösítése tehát a gyomor normalis funkciói közé tartozik, vagyis a mérgek közömbösítés hiányából a gyomor hiányos funkciójára következtethetünk. A közömbösítés foka pedig egyénenként s időnként különböző lehet.

Ismeretes, hogy a diphtheria-mérget a gyomorbélrendszer mérges anyagaihoz hasonlóan viselkedik.³

A tárgyalt kísérletek a gyomor egy fontos funkcióját világítják meg. Ezen functio a csecsemőkorban s itt első sorban a mesterségesen táplált gyermeknél különösen nagy jelentőségű. A nyári melegben a tehéntej, a mesterségesen táplált csecsemőgyermek ezen rendes tápszere, könnyen megromlik s előzetesen többször gyomor-bélzavarokban beteg volt gyermekeknek a főként toxikus tünetekkel járó „cholera infantum“-hoz vezet.

Egészséges, nem túltáplált gyermekek nem kapnak „cholera infantumot“, mert ezek gyomra normálisan működik azaz a romlott tej káros, eddigelé ismeretlen mérgeanyagainak⁴ közömbösítői.

A vizsgálatok eredményei, egybevetve az 1903-ban és 1904 őszén végzett kísérleteket, a következők:

1. Az újszülött- és csecsemőgyermek gyomorbennékének diphtheria-mérgek közömbösítő képessége a gyomor normalis funkciói közé tartozik, s egyénenként különböző korban, teljesen különböző táplálás és tápláltság mellett igen különböző fokban lehet jelen.

2. Egyazon gyermek gyomorbennéke mérgek közömbösítő képességre tehet szert, ezt elvesztheti s újból visszanyerheti.

3. A gyomorbennék ezen funkciójának kiesése érdekesen világítja meg a dispositio fogalmát.

4. A gyomorbennék mérgek közömbösítő képessége a természetes immunitásnak egyik tényezője.

5. Az újszülöttek vérsavójának mérgek közömbösítő képessége a természetes immunitásnak egy második tényezője.

6. Az immunitás ezen második tényezője az anya vérsavójával egyenlő, vagy annál kisebb erősségű, egyénenként szintén különböző fokú lehet.

7. A két tényező egymástól független lehet és hatásuk érvényesülésének módja is valószínűleg különböző. A vérsavóban antitoxinok közömbösítik a mérgehatást, a gyomorbennékben egy organikus anyag mellett a savanyúság is szerepel⁵.

8. A gyomorbennék mérgek közömbösítő képességének jelentősége abban rejlik, hogy szervezetet megvédi a tápcsatorna útján érvényesülő mérgezésektől.⁶

9. Tapasztalati tény, hogy a szopós gyermekek a legtöbb garantiát nyújtják a zavartalan fejlődésre.

10. Az anyatejben immunanyagok nem mutathatók ki.

³ Brieger, Kitasato, Wassermann, Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. Krankh. XII. 1892.

⁴ Bp. Orv. Ujs. 1905. év 7. szám.

⁵ A sósav és pepsin szerepét a gyógyszerintézetben jelenleg folyamatban lévő, mesterséges gyomornedvvel végzett kísérletek hivatottak felderíteni.

⁶ Zaremba vizsgálataiból kitűnt, hogy a pankreas extractuma is közömbösít diphtheria-mérget. (Arch. f. Verdauungskr. VI. köt. 1900.) A mennyiben a bélbe ürülő pankreas-váladék is mérgek közömbösítő képességgel bírhat, a tápcsatorna ezen képessége is immunitási tényező lehet.

11. Más táplálás mellett jól fejlődő gyermek is immunis.

12. A természetes immunitás kifejlődése tehát független a táplálás módjától, azonban szorosan összefügg a gyermek fejlődésével.

A neurastheniáról.

Az 1905. évi szünidei cursuson előadta Jendrassik Ernő egyet. tanár. (Folytatás.)

A neurastheniának egyes alakjairól lehet szólni, a mennyiben gyakran a mellékkörülmények befolyása alatt, máskor pedig egyébként is a tüneteknek sajátos csoportosulása áll elő, így nagyjából bizonyos típusok támadnak. A legjobban jár az a neurastheniás, a ki enyhébb tünetekkel küszködve éli át életét, de éppen neurastheniás túlérzékenysége, mozgékonyága, gyorsabb felfogása révén, többi embertársa között az Übermenschet képviseli. Küszködik életében, de többre viszi, mint kortársai. Ezeken és a tünetileg vázolt súlyos eseteken kívül, még felemlítem első sorban a gyermeki neurastheniát. Erősebben neurastheniás anyának a gyermekei néha nagyon benne vannak ebben a bajban, már legelső korukban. Az ilyen gyermekek koránérzékenysége néha igazán meglepő; azonban az a sajátos talentum, a mely egyes, úgynevezett csodagyermeken a zene vagy a fejszámolás terén annyira meglepő, nem tartozik ide, de igenis, ha 5—7 éves gyermek aethetikai műveket olvas, 9—10 éves korában a philosophia tételeiről vitatkozik és gondolkodásait hol a vallási dogmák, hol a pessimista világfelfogás töltik el. Eleinte a szülők öröme, később aggodalma, sokszor szomorúsága az ilyen gyermek a kinek igen erős egyénisége összeférhetetlenségre, különczkedésre vezet, e mellett a neurasthenia tünetei mind erősebben kifejlődnek rajta: fejfájások, álmatlanság stb. Persze mindezek a kellemetlen tulajdonságok hiányos észbeli képesség mellett is előfordulnak.

Az alkoholisták, morphinisták neurastheniájáról már szóltam, de még a diagnostika megbeszélésekor visszatérek rá.

Ezúttal csak még néhány ritkább alakról szeretnék megemlékezni. A neurastheniának is van recidiváló, visszatérő alakja, csak hogy ezeket a visszatéréseket alkalmi okok szokták előidézni. Súlyosan depressziós esetek ezek, a betegek reménytelennek érzik magukat, testileg, vagyoniilag vagy társadalmilag tönkrementeknek, izgatottak, sírnak, teljesen munkaképtelenek, de aránylag ezek a legjobb kórjóslatú esetek, a melyek teljesen meggyógyulhatnak. Ezekben az esetekben enyhe latens neurasthenia van jelen s ezen az alapon többnyire valamely erős kedélyi felindulás kapcsán heveny módon állott be a rosszabbodás. A betegek kórelőzményében többnyire találunk már átállott enyhébb vagy súlyosabb hasonló periódusokat.

A neurasthenia apoplexiás alakja néha diagnostikai tévedésre vezet. Ezekben az esetekben a beteg, hogy úgy mondjam subjectiv apoplexiás rohamot áll ki; a már régen aggodalmas, panaszkodós egyén egyszerre csak úgy érzi, hogy szédül, hogy agyvelejében valami történik, hogy megüti a guta. Egész környezetét belevonja az ijedségbe, lefekszik s néha heteken át kezelteti magát ágyban, képtelennek érzi magát arra, hogy végtagjait mozgassa, várja a halálát. Végre a kellő biztatásra, vagy mert megunja az állapotot, egy napon kibújik az ágyból s ismét jár.

Némileg különválnak még azok az alakok, a melyekben a neurasthenia más idült bajokhoz társul, leggyakrabban a hysteriához, az epilepsiához stb., ilyenkor nem ritkán sokkal több szenvedést okoz, mint az alapbaj.

A neurasthenia *diagnostikájáról* fogok most beszélni. Ismeri mindenki azokat a czédulás betegeket, *l'homme aux petits papiers*, a kik, mikor nagy előkészülettel és hosszú bevezetéssel elkezdénének beszélni, kihúznak a zsebükből egy vagy több czédulát és sajátságos módon kezdik arról leolvasni panaszait: meg-megnéznek a czédulát s azután mintegy rátalálva az igazi bajukra felkiáltanak: — Oh, igen, igen! A fejem fáj... no, de most nem fáj annyira — és egy kézmozdulattal a papíron mintegy letörlik ezt a panaszt s átmennek a másodikra; néha az sem elégíti ki őket s ekkor belebotlanak valami egészen jelentéktelen panaszba (viszket a vérem, nem tudok hányni, a mikor még hánytam, jobb volt! szívrozgésem van, stb.), azt erősen kiemelik, rendszerint azonban — szerencsénkre — nem olvassák fel az összes panaszokat. Ezek a czédulák némelykor könyvekké nőnek: kötetekben írják le bajukat a betegek; máskor rendetlenül, borítékra firkálják alig olvashatólag, helyenként a ráhullott könnyecsekkel jelzik, hogy mily gyötrő érzelmek hatása alatt állott az író. A czédulás beteg talán kivétel nélkül neurastheniás (a panaszos czédulákat értem, nem a körlefolysági jegyzeteket), a panaszok feljegyzése legjobb bizonyossága a tünetek határozatlan jellegének.

A neurasthenia egyes alakjainak megismerése a kórkép és kórelőzmény alapján nem nehéz, csak az alkoholistát és a morphinistát (esetleg kokainistát) kell önkéntes vallomása nélkül leleplezni tudni. Az alkoholistát általában jól táplált volta, duzzadt arca, nagyon fénylő nedves szemei, igen nagy nyugtalansága, kézremegése, munkaképtelensége árulja el, az ilyen alkohol-neurastheniás nem szokott részeg lenni! A morphinista ellenben nagyon lesóványodott, fakó arcszínű, környezete aggódik érte, ő maga ellenkezőleg lekicsinyli a baját, csak egyes napszakokban (éjtsd, a mikor a morphium használata előtt van) érzi magát „kissé fáradtnak”. Mind a két méreg oly korban szokta kiváltani a neurastheniás jelenségeket, a mikor azok már spontán nem igen szoktak kezdődni, úgy a 25. életéven túl. Az ilyen esetekben tehát mindig gyanakodnunk kell ebben az irányban.

A gyakorlatban előfordul, hogy neurasthenia és egyéb betegség között kell elkülönítő diagnostikai jeleket keresnünk. Általában véve szabály az, hogy minden neurastheniás beteget gondosan kell megvizsgálni, s lehetőleg kutatni az objectiv jeleket. Ha ilyeneket nem találunk, még akkor is mérlegelni kell, beleillesztheiük-e a beteg panaszai a neurasthenia keretébe? Valamely más megbetegedés természetesen még nem zárja ki azt, hogy az illető neurastheniás is ne lehetne egyúttal.

A szívbajokról már szóltam, elég sokszor merül fel azonban a tabes kérdése és gyakran a doktorok maguk azok, a kik valójában neurastheniások és tabeseknek vélik magukat. Sohasem láttam olyan beteget és még orvost is alig, kinek, mikor magáról mondta, hogy tabese van, ne neurastheniája lett volna. A tabestől rendszerint igazán nem nehéz elkülöníteni a neurastheniát, de vannak olyan tabesek, a kiken objectiv érzési zavar ki nem mutatható és a kiknek subjectiv paraesthesiája (összeszorítás a mell, a törzsök körül, az arcon) nagyon is neurastheniás jellegű; ezek a zavarok állandóak, igen erősen befolyásolják a beteg kedélyét és ellenük az orvosságok még csak tünetileg sem használnak.

A paralyistól sokkal nehezebben lehet elkülöníteni a neurastheniát; e tekintetben tartsuk szem előtt ezt a kissé drasztikai alakban kifejezett axiomát: *A paralyisis kezdődik egyszer, a neurasthenia nem kezdődik sohasem.* A neurastheniás ember annak született, annak a multjában legtöbbszörre kimutathatjuk a neurastheniá jelenlétét, és a neurastheniás hereditást. A paralyisis exogen baj, egészen váratlanul támad, nagy változást hoz létre a beteg magatartásában, jellemében, a neurasthenia ellenben csak fokbeli különbségeket támaszt. Ez a legfontosabb elkülönítő jel a kettő között. Természetesen meg kell vizsgálni a testi tüneteket, főleg a kiesési tüneteket kell keresni, de addig nem tanácsos a paralyisis diagnózisát kimondani, a míg valóban kiesési jelenségeket nem találtunk (testi vagy szellemi téren).

A vesaniától való elkülönítés gyakorlatilag lehetséges, ves-

niásnak mondjuk a neurastheniást, ha kényszer gondolatai a társadalmi helyzetére vonatkoznak, vagy közveszedelmessé teszik.

II.

A neurasthenia *prognosisának* kérdéséhez jutottunk.

Általában véve a neurasthenia tünetei, ha egyszer már kifejlődtek, el is érték azt a határt, a melyen belül az illető egyénben fokbeli változatokkal fejlődhetnek, de más tünetesoportha át nem mennek. A testi kifejlődés évein túl már nem szokott új jelentőségű tünet támadni — legfeljebb átmeneti, rövidebben tartó alakban — és még a neurastheniás kényszer gondolatok, bármilyen súlyosak is azok, sem vezetnek, a későbbi korban, sem a vesaniás jelentőségű gondolatokra. Így még a megbolondulástól való félelem, mint igen gyakori kényszer gondolat, sem előjele az ilyen fordulatnak. Csak a határozatlan tünetesoporthú esetek, a melyekben a testi tünetek nagyon változatos alakban és változó fokban mutatkoznak, és a melyekben a gondolkodásnak bizonyos félszegesége vagy vesaniás karaktere van jelen, tehát a hosszabb ideig kiforratlan esetek, a melyekben voltaképen már a vesania megvan latens alakban, de még nem találta meg kiváltó momentumát: csak ezekben az esetekben fordul később rosszabbra a dolog. E tekintetben igen jellemző a beteg szájából ez a kis szócska: *furcsa*, a mikor az ilyen beteg elkezdi bizonyos körülötte történő dolgokat *furcsának* találni, akkor a vesania kapujában áll. A neurasthenia nagyon gyakori volta mellett azonban ez a fordulat igen-igen ritkán következik be. A kifejlett esetekben tehát a kórjósolat úgy fejezhető ki, hogy rosszabbodás nem várható, javulás elérhető, sőt az előhaladó korral a neurasthenia enyhülni szokott.

A gyógyítás eredményességének kérdése szempontjából meg kell különböztetnünk a neurastheniás diathesist a neurastheniás jelenségektől. Az előbbin alig lehet változtatnunk, hiszen ez az idegrendszer fejlődési sajátsága. Hogy mennyire nehéz a neurastheniás diathesisen változtatni, azt leginkább a neurastheniás gyermekeken láthatjuk: a leggondosabban és észszerűbben, kitarással végzett nevelés alig van befolyással az ilyen gyermek későbbi sorsára. A neurastheniás jelenségeken ellenben nagyon sokszor jelentékenyen segíthetünk, úgyannyira, hogy redukálhatjuk a beteg állapotát a diathesisig, elérhetjük azt a közérzetét, a melyben legjobban érezte magát.

A gyógyításra legalkalmasabb esetek az acut rosszabbodásban levők, főleg sovány, még inkább lesóványodott egyéneken, a recidiváló alakok, végre az enyhébb tünetekkel járó esetek. A kényszer gondolatoknak van múlt alakja is, az állandósult esetek ellenben nagyon kevés eredményt nyelhíznak. De a legtöbb esetben lehet eredményt elérni megfelelő kezeléssel.

Van a neurastheniának rossz kimenetele is: a halál, suicidium folytán.

A *therapiát* illetőleg természetesen nem lehet sablonok szerint intézkedni. Részben tüneti, részben általános kúrát kell az esetek szerint alkalmazni, de sokkal inkább az utóbbit! Régenten nagyon hamar elbántunk az ilyen betegekkel. Egyszerűen kimondtuk, hogy téved, nem beteg, nincs semmi baja, menjen el. Ez nem volt a legrosszabb eredményű *therapia*; igen erős suggestio volt, annyi is inkább, mert jóformán minden orvos egybehangzóan így fogadta a beteget. Ma nehéz ezt a kúrát fogadtatítani, mert pathologiai felfogásunk nagyon támogat bennünket abban, hogy mégis beteg emberrel van dolgunk, nagy is már az arzenálunk és ha mi nem akarnánk rendszeresen kezelni, akadna sok más orvos helyettünk, a ki bizva egyik-másik orvoslási módban vagy specialista kezelésben, a legjobb reménnyel fogna a gyógyításba, jöllehet egyes alakokra, leginkább a kényszer gondolatokra nézve, a gyógyítási kísérletekkel néha rosszabb eredményt érünk el, mint a régi módszerrel.

A legrosszabbak azok az esetek, a melyek már előzőleg sikertelenül kezeltettek. Ha egy betegen sokat kúráltak már és nem tudtak eredményt elérni, akkor elveszett a lehetősége annak, hogy az ember a beteget megfelelően suggerálhassa; a beteg már bizalmatlanul jön hozzánk s ilyenkor sokszor legjobb módszereink is cserben hagynak. Minden rosszul végződő, sikertelen kúra egyúttal a következő kúrákra is rossz hatással van. Ezért szükséges a neurastheniás beteget jó eleve eltiltani attól, hogy sok orvoshoz folyamodjék, mert természetes, hogy ma a sok doktor

nem ugyanazt a tanácsot adja és ez a betegnek sehogys meg a fejébe. Hiába mondja az ember, hogy nem csak egy út vezet Rómába! De még az sem jó, ha az ilyen beteg gyakran érintkezik orvosával; az ambulans neurastheniást ne engedjük nagyon s főleg ne gyakran a közelünkbe. A legjobb principiumokkal eltelve is kapitulál az orvos, ha ugyanaz a neurastheniás sokszor jő hozzá. Az ilyen tanácskozásokon kénytelen az orvos rendelvényét a beteg unszolására némileg módosítani, a mivel az előző kúra már elveszti sikerességét s a rosszul végződő, sikertelen kúra előre veti árnyékát, rontja a következő kúra hitelét is.

A neurastheniás beteg kezelhető sanatoriumban, fürdőhelyen vagy otthon.

A sanatoriumi kúrák nagyon sikereseknek bizonyultak. Pár szóban összefoglalom a sanatoriumi kúrák indicatioját. Nagyfokú izgatottság, a súlyos neurasthenia esetei, hysteriás jelek együtt a neurastheniával, továbbá a nagyfokú lesóványodással járó esetek, a recidiváló esetek, ezekben az esetekben alkalmazandó a sanatorium-kúra, a legutóbbiakban csak bizonyos idő eltelté után és nem mindjárt egy újabb kitörés kezdetekor, mert akkor sikertelen lesz a kúra; tehát csak ha a recidiva már egy ideig, három-öt hónap óta fennáll. Természetesen az alkohol-, morphin-, cocain-neurasthenia szintén itt gyógyítandó. Nem felel meg a házi környezet súlyos álmatlanság esetén sem. Ezek azok az esetek, a melyekben a sanatoriumi kúra nagyon nagy haszonnal keesegtet. Ezek a körülményeken kívül nem ajánlatos a sanatorium, mert az enyhébb esetekben a beteget inkább hozzá kell szoktatni az élethez, az egészséghez s nem szabad felkelteni bennük a nagy apparatussal gyógyítandó betegség gondolatát.

A sanatoriumi kúrának egy része, a mikor enyhébb neurastheniás tünetek mellett lesóványodás van jelen, elvégezhető otthon is; de csak azokban az esetekben, a mikor megközelítőleg sanatoriummá tudjuk berendezni a beteg lakását.

A sanatoriumi kúra alapelve, hogy a beteget teljesen ki kell venni környezetéből, nem pedig a leányt bevinni az anyjával, az asszonyt férjével, de még csak a megszokott szolgáló személyzet sem engedhető meg, mert ezekkel együtt a kórfenntartót is bevezesszük s nem lehet a beteget sikeresen gyógyítani. A hazulról hozott kísérő, bármennyire is igéri, hogy mindenben alkalmazkodni fog a mi rendelkezésünkhöz, egészen meghiúsítja a törekvéseinket és lehetetlenné teszi, hogy a beteg gondolkodásának irányítása a kezünkbe kerüljön.

A sanatoriumi kúra kivételét pár szóban ismertetem. A sanatoriumban is individualizálni kell, első sorban a beteg általános táplálkozási állapota legyen a kiinduló pont. Ha olyan valamit találunk a betegen, a mit meg tudunk javítani rajta: akkor az a leghathatósabb suggestio. A testsúly fokozása számokban kifejezett suggestio, a mellett, hogy közvetlenül is javítja a közérzetet. A sovány egyénekben többnyire lehet valamelyes testsúlyemelkedést elérni, a lesóványodottak ebben a tekintetben a legháladosabb betegek.

Az ilyen súlygyarapító kúrákat hízaló kúráknak szokás nevezni, megvalloim ezt az elnevezést sem izlésesnek, sem helyesnek nem tartom. Ebben a kúrában nem egyszerűen a test tömegének szaporítása — hyperalimentálás útján — a cél, hanem a testnek megerősítése. Más szóval nem a zsírtömegnek, hanem az izomzatnak megerősítésére kell törekednünk és nem jó az olyan sanatorium, a hol a kövéreket is hízalják. Pedig vannak ilyen sanatoriumok, a hol a jelszó: mindenkit hízalni! A kövér embert tulajdonképen előbb le kellene soványítani s azután lehetne tápláltsági állapotát szabályozni, ha ez a dolog olyan könnyen volna végezhető. Nagyon legyengült, lesóványodott betegeket természetesen a legnagyobb nyugalomban kell tartani, mert a mozgás még soványítaná őket és mert az ilyen egyének izomzata is éhes s a bővebben kijutó táplálékból szívesen kiveszi a részét, ha nem fárasztjuk. Nagy szerepet játszik az ilyen esetekben a magányosan lét a sanatoriumban s a többi physikai faktor, a melyeket az ember szintén felhasznál, a vízkúra, a masszálás, a villamozás, az általános faradizálás: ezek azok, a miket ezekben az esetekben végezgetnünk kell.

Az egyszerűen sovány (de le nem soványodott) neurastheniás ilyen körülmények között alig gyarapszik, ha az ilyen beteget akarjuk megerősíteni, úgy a klíma változtatása, mérsékelt és gon-

dosan kiszabott mozgás a célravezető tényezők, mert ha hízik is néha az ilyen ember néhány kilót a sanatoriumban, azt, onnét távozva, csakhamar elveszíti.

A táplálék megválasztása az ilyen kúrában nem nagyon fontos; helyes az a példabeszéd, hogy az ember nem tudja mitől hízik. Ne erőszakoljuk a betegre azt, a mit mi szeretünk! Az egyoldalú táplálkozás nem hasznos. Az ilyen esetekben azonban szükséges, hogy a rendes táplálékon kívül még valamely pótlékot is juttassunk a betegbe, mert ez igen elősegíti a gyarapodást. Legjobb pótlék a tej, legolcsóbb és legsikeresebb. Sajnos, a közegészségtan buvárainak egy része valóságos anathemát mondott ki a tejre, sajátos egyoldalúsággal a tejben látva a gümőkór eredetét. Már-már odajutottunk, hogy a nagyközönség, de még az orvosok nagy része is a tejet a gümőkór tiszta kulturájának veszi s undorodik attól. És, milyen ironia! leginkább azok a gümőkóros betegek, a kiknek a szája mindig tele van virulens emberi bacillussal, azok félnek a tejtől legjobban. Pedig ha meggondoljuk, hogy a tejelő tehenek között a tögytuberculosis nem nagyon gyakori, hogy az egészséges tejjel hígított ilyen gümőkóros tej még fogékony állatokra is elveszti hatóképességét, hogy az állati gümőkór minden valószínűség szerint nem azonos az emberivel, hogy a lenyelt tej nem veszedelmes, mert a gyomron át alig fertőzhet, hogy a kik eltíltják a nyers tejet, megengedik a nyers vaját, de megengedik a gümőkóros pék összefogdosta zsemlyét, az ismeretlen kezén átment gyümölcsöt nyers állapotban; nem szólnak az ellen, hogy az utcasarki árús az utca porával és piszkával befedett gyomorrontó édességeit eladhatja a kis gyermekeknek, hogy az utca porát, a melyben a gümőkóros betegek elporlasztott köpete is benne van, minden aggodalom nélkül cipőnkkel bevisszük lakószobánkba, a melynek padlóján csuszálnak gyermekeink s hozzá beszennyezett kezeikéket minduntalan szájukba dugják! Az ilyen módon a levegőutakba kerülő tuberculosis, ez a veszedelem, nem a tej, a mely erőt ad s a gümőkór legjobb orvosságát! Mindezt pedig azért is hangoztatom, mert nagyon sok ember jobban tudja meginni a nyerstejet, mint a forraltat. A sanatoriumban a legtöbb beteg hamar hozzászokik a tejiváshoz, nagyon észszerű a beteget az első napokban csak tejen tartani. Annak a betegnek, a ki kivételesen igazán nem tűri a tejet, lehet adni valamelyikét a póttápláló anyagoknak, a melyeket ma csaknem felesleges számban gyártanak. Nem az a jó ezek közül, a melyik több calóriát tartalmaz kis térfogatban, hanem az, a melyiket a beteg könnyen vesz, ezek között van tapasztalatom szerint a somatose, a sanato-gen és a hygiama, főleg az utóbbi igen hasznos szolgálatot tehet, persze mindenik aránytalanul drágább, mint a tej.

Az alkohol, a kávé, thea és egyéb úgynevezett izgatószerek ellen nem kell általánosságban állást foglalni; eltiltandók ezek, ha a beteg úgy érzi, hogy izgatják, mérsékelt mennyiségben megengedhetők, ha nincs káros befolyásuk a betegre. Egészen felesleges megfosztani a beteget az utóbbi esetben ezektől az élvezeti szerektől, a melyek étvágyát javíthatják. De az alkoholistáktól végleg meg kell vonni az alkoholt, bármennyire állítja is, hogy *„ő már nagyon megszokta“*.

A táplálkozási idők beosztása is igen fontos, a neurastheniások többségének gyakran kell enni, jóformán soha sem szabad gyomruknek teljesen kiürülni. Az olyan betegnek, a kinek nincsen jó étvágya és ebéd előtt erősebben mozog (sok háziasszony, ebédre hazatérő hivatalnok), tanácsoljuk, hogy ebéd előtt pihenjen negyedórát, s úgy menjen az asztalhoz.

Komolyabb sanatoriumi kezelésben, főleg ha erősítésről van szó, a betegnek nagyon sokat kell ágyban fektüdni, az első időben pedig folyton. Az ilyen betegnek még az sem engedhető meg, hogy a sanatorium többi betegével érintkezzék, ellenkezőleg, a külvilágtól való teljes elzárás a legjobb megnyugtató és leg-erősebb tonicum; csak az első egy-két napon esik az a betegnek nehezére, addig kíváncsi, hogy ápolónője, a sanatorium háziorsosa gyakrabban látogassa. Klinikámon az ilyen izolálást úgy érjük el, hogy a közös kórteremben magas spanyolfallal vesszük körül az elszigetelendő beteg ágyát, igen jó hatással van ez a betegre, a ki hallja, érzi körülötte az életet, de mégis el van tőle zárva. Az a beteg, a ki külső életében, családjában nyomorúságaihoz mindig talált sajnálkozót, panaszaihoz halló füleket, a kit bántott

körülötte minden, az egyszerre magában marad összes szenvedéseivel, elszik a panaszkodástól, figyelme baja irányában eltompul, s ezzel megindul a javulás.

A sanatoriumban foglalkoztatni is kell a betegeket. Az erősítendő betegnek hosszú ideig pihennie kell, a foglalkoztatás tehát leginkább csak abban áll, hogy olvastatjuk a beteget, kézimunkát végeztetünk a nőkkel. Nem kell ezt erőszakolni, de meg kell adni a lehetőséget, hogy olvashassanak. Ha sokáig unja magát a beteg, belekóstol az olvasásba és elkezd olvasni. Igaz, hogy nagyon sok függ attól, hogy mit olvas. Azon betegekről, a kik csak üres anekdoták magaslátára emelkednek fel, azokról azt tapasztaltam, hogy nehezen gyógyíthatók meg.

Nem akarom itt részletezni a physikai gyógyító eljárásokat, mert ezekről később úgyis szólok.

(Folytatása következik.)

Tárca.

A tüdőgümőkór elleni védekezés egyes országokban és Dánia törvényhozása.

(Vége.)

Böttcher¹ szerint az 1901. év óta Norvégiában egy tuberculosis-törvény van, mely a tüdő- és gégegümőkóros beteg halála után a lakás fertőtlenítését kimondja s mely az úgynevezett egészségi bizottságnak megadja a jogot, hogy a fertőző betegeket, a kik az orvosi utasításnak ellenszegülnek, kényszer útján kórházba szállíthassa. E törvény más szakaszai eltiltják a gümőkórosokat az élelmiszerek eladásától, a dajkaságtól, a gyermeklánya szolgálatától.

Mindezen felsorolt államoknál jóval tovább ment Dánia, midőn törvényhozása elé két, hosszú évek tanulmányán alapuló, törvényjavaslatot terjesztett, melyek elfogadtatván mintegy igazolni iparkodnak s más államoknak mintegy intő példakul fognak szolgálni, hogy a gümőkór ellen való küzdelmet nem egyedül a jótekonyságra kell bízni, hanem ily idült lefolyású fertőző betegség ellen az államnak kell fellépnie a maga egész tekintélyével s annak egész súlyával és hogy még nagy anyagi áldozatok árán is meg kell akadályozni a fertőzést, annak tovaterjedését és pusztítását emberekben s anyagiakban.

A törvényjavaslatok elseje² a gümőkór terjedésének megakadályozását célozza; t. i. a 2. § előírja az összes tüdő- és gégegümőkóros betegek bejelentését s foglalkozásuk, koruk, lakásvizonyaik felemlítését.

A törvény szigorúan előírja a gümőkóros halálesetek bejelentését a megfelelő egészségügyi hatóságnak, melynek feladatát a törvény 4. szakasza szószerint így határozza meg: Az egészségügyi bizottság (járványbizottság) elrendelheti ama helységek tisztítását s fertőtlenítését, melyek oly személyek állandó tartózkodási helyéül szolgáltak, a kik a 2. §-ban említett bajok egyikében haltak meg; ezen intézkedések a ruházatra s ágyneműre is vonatkoznak. Ilyenmü betegektől használt ruha s ágynemű a kezelőorvos vagy az egészségügyi bizottság tilalma ellen nem használható, el nem ajándékozható vagy el nem adható, míg kellően nem fertőtlenítették. A lakás fertőtlenítésének e neme orvosi javallatra államköltségen alkalmazandó, ha a kezelés alatt álló gümös beteg lakást változtat. Az egészségi bizottság azon esetekben, melyekben a beteg lakásán a ragályozás veszélye fennforog, ezirányú intézkedésekkel élhet. A mennyiben azonban a beteg vagy hozzátartozója az adott előírásokat be nem tartja és a mennyiben következménykép az tapasztalható, hogy lehetetlen a beteget oly ápolás alatt tartani, mely a betegség tova-terjedését megakadályozni képes, a bizottság elhatározhatja a betegnek kórházba szállítását, a hol nyilvános költségen ápoltatik. (6. §)

E törvény tartalmaz oly intézkedéseket, melyek szerint az egészségi bizottság a gümőkórosoknak eltilthatja a dajkasági szolgálatot, valamint gyermekek sem adhatók dajkaságba oly helyre, a hol gümőkóros gyermekek vagy felnőttek vannak.

Különös gondot fordít e törvény az iskolaegészségügyre, a

mennyiben e betegség veszélyét mutató gyermekek az iskola alól felmentendők és ha a tanító, a ki állása elfoglalásakor tüdőbeli egészségét igazolni tartozik, „azon okból lesz elbocsátva, mert a tüdőknél fertőző gümőkórjában szenved, fizetésének $\frac{2}{3}$ -át nyugdíj-képen élvezzi“. A gümös betegek szegényházakba vagy menhelyekbe nem vehetők fel, kivéve, ha a gümőkórosok számára elkülönített helyek állanak ott rendelkezésre. E törvény legkiemelkedőbb része, hogy az állam megtéríti a községnek a kórházakban elhelyezett gümös betegek (1. 6. §) betegápolási napidíjának $\frac{2}{3}$ részét s pedig betegségi naponként 2 koronát s 50 oerét (1 dán korona = 100 oere = 1 korona 33 fillér magyar értékben); úgyszintén államilag fedezi mindama költségeket, melyek a gümőkóros megbetegedések s az állami intézkedések ismertetéséből származnak. Az ezen törvény vagy ehhez hasonló intézkedésű rendeletek ellen vétők 2—2000 koronáig terjedő pénzbüntetéssel vagy börtönnel büntetendők. A törvényjavaslat indokolásából kitűnik, hogy 1. az államot e törvényjavaslat benyújtására az vezette, hogy segítségére jöjjön még pénzáldozatok árán is a társadalomnak, hogy ezáltal megkísérelje a gümőkór terjedésének megakadályozását, a betegek gyógyítását és kellő ápolását, anélkül, hogy ezáltal a magánjótékonyt befolyásolni óhajtaná; 2. nem tartotta sem szükségesnek, sem időszerűnek a bizottság által javaslatba hozott külön ú. n. tuberculosis-inspektori, egészségügyi felügyelői állást rendszeresíteni. Ezen törvényt, mely nem annyira a tuberculosis ellen való harcot célozza, mint inkább prophylaktikus értékű, melynek kiható eredményeit és feltétlen biztos sikereit csak a jövő fogja igazolhatni, mintegy kiegészíti a vele hasonzélú második törvényjavaslat, melynek hivatalos czíme¹ „Törvényjavaslat a tüdőgümőkóros kórházak s az azokban ápolandó betegek állami támogatásáról és segélyezéséről“, mely a törvényalkotó magas gondolkodásáról tesz tanúságot s arról, hogy ott is gyökeret vert már ama meggyőződés, hogy a nagyhorderejű s intenzitású közös baj s veszély ellen sem elegendők a magányosok nemes cselekedetei, hanem hogy ez a legnagyobb állami áldozatot is megérdemli.

E törvény szerint állami segélyben részesíthetők az államilag elismert következő intézetek (2. §):

1. „Kysthospitaller“, mely alatt a törvényben oly kórházak értetnek, melyek a tengerparton vagy annak közelében vannak, a hol kizárólag vagy legtöbbször 15 éven aluli gyermekeket kezelnek súlyos mirigymegbetegedések ellen.

2. „Kystsantorier“, mely alá a törvény ama kórházakat sorozza, melyek az előbbiektől abban különböznek, hogy ott gyermekeket könnyű mirigybántalmak ellen kezelnek.

3. Népsanatoriumok, melyekben kizárólag gyógyulási kilitással bíró tüdősravados betegek vétetnek fel.

4. Tüdőgümőkórosok kórházai, melyek közé a törvény ama külön kórházakat, vagy külön épülettel bíró kórházi osztályokat sorozza, melyekben előrehaladt stádiumban lévő tüdőbetegek vagy olyan tüdőbetegek kezeltetnek, a kiknek az ágyat kell őrizniök.

5. Menhelyek orvosi kezelés alatt álló munkaképtelen oly betegek számára, kik különben kórházi vagy sanatoriumi kezelésre nem szorulnak.

Az állami elismerés függővé van téve attól, 1. hogy van-e az 1. és 2. csoportba tartozó kórházakban legalább 20 hely, a sanatoriumokban s kórházakban 10 hely s az ápolási menhelyekben legalább 5 hely és 2. hogy vajjon e helyeken nem magasabb-e a napi ápolási díjtétel, mint 2 korona a tengerparti kórházakban, 1 kor. 20 oere a tengerparti sanatoriumokban, a népsanatoriumokban 3 korona felnőttek részére s 2 korona gyermekek részére, a tüdősanatoriumokban 2 kor. 50 oere felnőttek s 1 kor. 66 oere gyermekek részére és 1 kor. 20 oere az úgynevezett üdülőhelyeken.

E törvény 5. §-ában felsoroltatnak azok, a kikért az esetben, ha a felsorolt intézetek valamelyikében kezeltetnek, állami segély igénybe vehető és pedig az elismert jellegű betegpénztárak tagjaiért s azoknak egy háztartásban lévő 15 éven aluli gyermekeiért, azon betegekért, a kik anyagi helyzetüknél fogva a betegpénz-

¹ Böttcher: Über den Entwurf eines Tuberculosen-Gesetzes. Deutsch. med. Woch. 1905.

² Forhlag til Lov Foranstaltninger til Tuberkulosens Bekaempelse.

¹ Forhlag til Lov von Statstotte til Sygehuse for tuberkulose samt til Patienters Behandling paa saadanue.

tárak (önkéntes?) tagjai lehetnének, azon betegekért, a kiknek olyan az anyagi helyzetük, hogy anyagi viszonyaik lényegesen megváltozva rosszabbra fordulnának, ha saját maguk vagy hozzátartozóik betegségeért a díjat maguknak kellene megfizetni.

Ezen állami segítyt csakis benszülöttek élvezhetik s ez meg van állapítva egy bizonyos maximalis napi összegben a különböző intézetek részére 1.20 koronától egészen 3 koronáig. A törvénykészítők ezen törvénnyel fényesen igazolták nemes gondolkodásmódjukat, mert annak 6 §-a kikérülni óhajtván, hogy az állami segítyt alamizsnának tekintsék egyesek és hogy a betegek ezen oknál fogva a tüdőkérdései intézményt kerüljék, így szól: „Mindama kiadás, mely a nyilvános alaptól vagyontalan tüdőbetegek részére a fentjelzett intézetekben való tartózkodásuk idejére fedeztetik, beleszámítván abba a kórházba szállítást és az abból való hazavitt, nem tekinthető a segélyezett szempontjából szegényalaptól való segélyezésnek.” Ezen törvényes intézkedés gondoskodik arról, hogy a szükséges pénzüsszegek (1. 7. §. s 8. §.) évenként beállíttassanak az állami költségvetésbe, mert abból nemcsak az előbb említett s várhatóan magas kiadásokat fogják fedezni, biztosítván ezáltal a különböző intézetek fennállását, hanem abból a gümőkór leküzdésére szolgáló különböző intézeteket is ki fogják bővíteni és újakat fognak felállítani. A javaslat 9. §-a arról szól, hogy e törvény 10 év múlva lesz csak revisio alá veendő.

E törvényjavaslat indokolása kiemeli, hogy az állam pénzügyi téren tovább már nem mehetett, mert annak célja ép az volt, hogy az állami támogatás a magánosok működését nem fogja gátolni, hanem inkább az ügy fejlődését előmozdítani.

Nem megvetendő tényleg amaz anyagi áldozat, melyet e törvényjavaslatnak törvénynyé emelése által az államnak hoznia kell, de a mely búsán fog megtérülni az egészségügyi viszonyok javulásával és azok útján, a kik ilykép fel fognak épülni és meg fognak gyógyulni.

Dánia ezen törvényjavaslattal új irányt mutatott e nagy küzdelemben, mely annál megszülelendőbb és megbecsülendőbb, mert Dánia egészségügyi viszonyai a gümőkórosok megbetegedési és halálozási számát tekintve kedvezőnek mondhatók. Az 1890—99. években ugyanis előfordult Dánia városaiban 10,000 élő közül 19-0 haláleset tüdőgümőkór és 6-4 haláleset más szervek gümőkórja folytán. Egyéb megbetegedések halálozási száma 10,000 előre viszonyítva kitett a tüdőlobnál 18-2-et, a légzőszervek heveny megbetegedéseinek 2-1-et, s a légzőszervek idült megbetegedéseinek 4-3-et. Dánia, mint e számok mutatják, az alacsony gümőkór halálozású csoportba tartozik, melybe sorozható Anglia, Németalföld, Németország északi része és az Apennin-félsziget, míg Magyarország egy rangba állítható Galiciával, Romániával és Oroszországgal, mint a mely országokban a tuberculosis-halandság még jóval nagyobb számokat ér el, mint Németország átlagos számai.

A művelt államokban, mint ezt már említettem, versengve dolgoznak a gümőkór terjedése és gyógyítása körül; míg mi nálunk még mindidig kevés történt e téren, mert még mindig várakozva bizakodunk a magánjótékonság áldásos működésében, mely pedig, ha nem nyer kellő állami támogatást s segítyt, ha törvényes intézkedések nem gondoskodnak az egészségügyi viszonyok javulásáról minden téren, az egészségügyi ismeretek terjesztéséről s megismeréséről, majdnem tehetetlen a nagy küzdelemben, melynek sokoldalúsága sokkal nagyobb tökélet képes felemészteni, mint a melyet előteremteni képesek volnának a mi szűkes anyagi viszonyaink mellett a mozgalom vezetői.

Vajha a dán minta csak kis mértékben is ragadós volna a mi körünkre, vajha az utánzást találva bármely formában, de még mielőtt áldásáról kézzelfogható eredményeket látnánk s még mielőtt újolagos revisio alá kerülne, mert ez még 10 esztendei várakozást jelentene!

Friedrich Vilmos dr. egyet. m. tanár.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

J. Marcuse: Heissluftapparate und Heissluftbehandlung. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1905.

A mindinkább tért hódító physikai gyógyító módszerek között ma már nem az utolsó helyet foglalja el a forró levegővel való

orvoslás. Alig van betegséges csoport, a melyben nem tettek még kísérleteket ezen orvoslásmóddal több-kevesebb eredménnyel. A gyakorló orvos érdeklődését tehát nagyon megérdemli a czimben említett füzet, a mely röviden, jól áttekinthetően csoportosítva mondja el könnyen megérthetően mindazt, a mit a forró levegő alkalmazásának physiologiájáról, helyi és általános hatásmódjáról, a forró levegő használatának javatairól és technikájáról eddig tudunk. Kimerítő irodalomösszeállítás fejezi be az összesen 30 lapra terjedő, több ábrával díszített, jól tájékoztató munkát.

F. Klaussner. Über das psychische Verhalten des Arztes und Patienten vor, bei und nach der Operation. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1905.

A 33 oldalra terjedő füzet az orvos, főleg pedig a sebész viselkedését vizsgálja műtetre szoruló betegeivel szemben. Mindenestre hálás tárgy, szerző azonban, a ki a müncheni egyetem rendkívüli tanára, bővebb kifejtésétől elállott. Csak általános útbaigazítást ad. Gyakorló orvosnak vagy kezdő sebésznek ennyi talán elég ezen nagyfontosságú orvosethikai kérdésből; szakorvos ellenben szívesen venné, ha nemcsak általánosságban, hanem különböző fontosabb sebészi bántalmakra is kiterjeszkedve ismertette volna szerző a műtő psychikai viszonyait betegeivel szemben

Gergő.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Radiophor. A radiotherapia elterjedésének ez idő szerint az állja leginkább útját, hogy a radium és sói annyira drágák, hogy a legtöbb orvos és vizsgáló még azt sem teheti meg, hogy a már közölt kísérleteket megismételve, azok realitásáról meggyőződést szerezzen. Ezért már régebbi keletű az az igyekezet, hogy a radiumnak surrogatumaikat állítsák elő, mely surrogatumaik a radiummal azonos hatással felruházva, azt minden tekintetben pótolni legyenek képesek. Így Axmann-nak papírszeletet, másoknak vattát, folyadékokat stb. sikerült radioaktívvá tenni, de mindennek kevés értéke volt, minthogy a radioaktivitás igen gyenge volt, s mihamar egészen meg is szűnt. Praktikus haszna pedig az ilyen radioaktiválásnak csak akkor van, ha az e célból készített anyag erősen és praktikus céloknak megfelelően, tartósan veszi fel a radium sajátosságait s a mellett elég olcsó ahhoz, hogy közkinccsé válhasson. Axmann azt állítja, hogy a hamburgi P. Beyersdorf & Co. czég segítségével sikerült egy ilyen, a fentemlített igényeknek megfelelő anyagot előállítani. A radiophornak elnevezett anyag az emberi test minden részén alkalmazható, úgy a bőr alá, mint testüregekbe és daganatokba, de be lehet vele vonni műszereket is. A készítmény oly állandó, hogy kellőleg alkalmazva, még rövidebb ideig tartó főzést is baj nélkül bír ki. A radiophor sugárzó képessége végtelennek látszik. Bár feltehető, hogy saját bakteriumölő tulajdonságánál fogva a desinfectio felesleges, mégis ha ugyanazt a praeparatumot több betegnél akarjuk egymásután alkalmazni, a radiophor formalingőzőkkel desinfectiálható. Ha gutta-percha-papírosba csavarva alkalmazzuk, hatása csak mérsékelten gyengül.

Hogy mennyi ideig kell a praeparatumot alkalmazni, az akár csak a radiumnál, első sorban a megbetegedett szövettől függ. Célyszerű előbb egy kisebb megbetegedett helyen kipróbálni a reactio fokát, s csak ennek ismerete után alkalmazni az anyagot kiterjedten. E célra mintegy egy négyszögcentimeter nagyságú radiophor szeletkék szolgálnak, melyeket pólyával lehet a beteg bőrrészre erősíteni. A mi a radiophor használatának indicatioit illeti, arra nézve utal Axmann arra, a mit Lassar a Med. Klinik 1904. évi harmadik számában a radiumról irt. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 30. szám.)

Marikovszky.

A vasnak és az arsenes vasnak subcutan befecskendések alakjában nyújtásáról érdekes eszmecsere folyt a „Berliner med. Gesellschaft” 1905. június 25.-én tartott ülésén. Senator ugyanis előadva az ezirányú régebbi és újabb kísérleteket, arra a conclusiora jutott, hogy chlorosisnál és egyszerű anaemiánál a subcutan adagolásnak semmi előnye sincs a belső felett, s inkább arra kell törekednünk, hogy esetről esetre a megfelelő praeparatumot adjuk.

A subcutan adagolásnak egyszerű anaemiánál és chlorosisnál csak akkor van helye, ha a beteg semmikép sem tűri a gyógyszer per os adagolva. Jogosult ezenkívül Senator szerint a subcutan adagolás ott, hol a gyomorban, vagy a felső bélrészletekben gyulladásos vagy fekélyesedő folyamatok vannak jelen s egyáltalában azon esetekben, mikor a vér minőségét javítani akarjuk a nélkül, hogy a gyomrot megterheljük. Ilyen esetekben szerző a ferrum-arseniat-citricum ammoniatumot alkalmazta subcutan befecskendések alakjában, egyrészt mert arsenit is tartalmaz, másrészt pedig, mert könnyen oldható. 1:20 vagy 1:15 oldatból 1—2 fecskendőnyit szokott egyszerre adni, a mit a beteg, ha nem is minden fájdalom nélkül, de mégis jól elvisel. Megkísértette a ferrum cacodylicumot is, de ennek alkalmazása fájdalmasabb. A befecskendett készítmények hatása különben úgy a vörösvérsejtek számát, mint a haemoglobin-tartalmat illetőleg kedvezőnek mutatkozott.

E. Franck hozzászólva a kérdéshez, kijelentette, hogy ugyanazon esetekben, mint Senator, ő is megkísértette a subcutan adagolást, de az eredménnyel sehogyssem volt megelégedve, annál kevésbé, mert a befecskendések igen fájdalmasok voltak, s a befecskendés helye körül sokszor napokig tartó oly infiltrátumok keletkeztek, hogy borogatásokat kellett alkalmazni. Ezért Franck inkább akkép járt el, hogy vaskészítményeket intravenosusan fecskendett be a kar vénájába, abban a reményben, hogy így a vasközvetlenebbül hat a vérre. Eddig 8 esetet kezelt ilyen módon s az eredménynél igen meg volt elégedve. Megkísértette ez irányban a ferrum cacodylicumot is, s azt tartja, hogy e szert csakis így célszerű alkalmazni. A ferrum cacodylicum ferricodyle Leprince néven jön kereskedésbe, 1 grammos, steril, elzárt s használatra kész ampullákban, melyekben 0.01 ferrum metallicum van. A befecskendéseket naponta akkép kell eszközölni, hogy az első 3—4 napon a beteg csak egy fél, később egy egész fecskendőnyit kap. Mintegy 20 befecskendéssel a kúra befejezettnek tekinthető. A helyesen eszközölt befecskendés maga fájdalomtalan. A beteg erőbeli állapota már az első napokban javul, testsúlya olykor hetenként másfél fontnyival is gyarapszik. A széket a vasnak ilyenmű adagolása semmiképen sem befolyásolta, s az eljárás elterjedése Franck szerint csak azon mulik, hogy a beteg olykor nehezen bírható rá s hogy kivitele bizonyos technikai ügyességet kíván.

Franck után Ewald szólalt fel, s megemlítette, hogy a gyomor kémelése szempontjából suppositoriumok alakjában adagolva a vasat, jó eredményeket ért el; ez az eljárás, főleg hosszabb időn keresztül, mindenestre kényelmesebb, mint akár a subcutan, akár az intravenosus adagolás. A cacodyl-készítményekkel nem volt megelégedve, igaz hogy intravenosusan nem alkalmazta, még pedig legfőképen az átható és szerfelett kellemetlen foghagymaszag miatt.

Senator zárszavában ismétli, hogy a cacodyl-készítményeket azért nem alkalmazta subcután befecskendések alakjában, mert nagyobb fájdalmat okozott, mint más praeparatum. Az intravenosus alkalmazástól félt, mert tartott tőle, hogy nyomában vérmeg-alvadások fognak képződni, Franck előadásából azonban azt látja, hogy e féltelme alaptalan volt. (Berliner klin. W. 1905, 27. sz.)

Marikowszky.

Belgyógyászat.

A gyomorsav mennyiségének diagnostikai értéke. Kaufmann R. számos egészséges és beteg gyomrú ember gyomorvadásának vizsgálata alapján azon meggyőződésre jutott, hogy az egészséges és a beteg gyomor által elválasztott sav mennyiségére nézve az eddig használatos megkülönböztetés tovább nem tartható fenn. Azt találta ugyanis, hogy igen gyakran fordulnak elő egészséges gyomrú embereknel is olyan nagy savértékek, a milyeneknél nagyobbakat kifejezett hyperaciditásban szenvedőknél sem találhatunk. Fel kell tehát tennünk, hogy a savnak fokozott mennyisége egymagában nem képes a subjectiv tüneteket kiváltani; szerző szerint az eddig ismert okokon kívül (rák, fekély, hurut stb.) az atonia az, melynek alapján a savnak fokozott mennyisége érezhetővé válik. (Wiener medic. Wochenschrift, 1905. 17. és 18. sz.)

H. P.

Gümőkóros fertőzés házastársak között. Thom a hohennefi tüdőbeteg-sanatorium anyagát vizsgálta át abban az irányban, vajjon gyakoriak-e az olyan esetek, hogy az egyik gümőkóros házastárs a másikat fertőzi. 402 olyan esetet tudott összeállítani, a melyekben az egyik házastárs gümőkóros volt és ezek közül csak 12-t talált (3%), a melyekben a gümőkór a házastársra átment; sőt ezen 12 esetből is még 4-et le lehet vonni, mert ezekről kiderült, hogy öröklött terheltség volt jelen. (Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen, 7. kötet, 1. füzet.)

Theocinmérgezés két esetét közli Allard a greifswaldi belklinikáról. Az első eset egy asciteses, 52 éves férfúra vonatkozik, a kinél 0.3 gramm theocin bevétele után hányásinger jelentkezett; ugyanez két hét múlva; másnap epileptiform göresök, eszméletlenség és 10 percczel később exitus. Bonczoláskor vérezéseket találtak a gyomor nyálkahártyáján. A másik esetben a betegnek az egyik napon 2×0.3 theocint adtak, a rákövetkező napon pedig 3×0.3-et; éjjel epileptiform göresök jelentkeznek, majd eszméletlenség következik be s a beteg másnap meghal. Bonczoláskor szintén vérezések láthatók a gyomor nyálkahártyáján. Az állatkísérletek meglepő eredményt adtak: a kísérlet alá vett nyolcz állat mind göresök között pusztult el s közülök ötben gyomorvérezéseket lehetett kimutatni. Ezen kedvezőtlen tapasztalatok miatt a greifswaldi belklinika a theocin további használatát beszüntették. (Deutsches Archiv für klinische Medizin, 80. köt. 5. és 6. füzet.)

A typhus okozta bélátfúródásokról érdekes és tanulságos tanulmányt közöl Scott a Pennsylvania Hospital betegein tett megfigyelései alapján. Tapasztalatai szerint az átfúródás gyakoribb, mint hiszik. Ugy látszik, hogy Amerikában és Angliában gyakoribb, mint az európai kontinensen, hogy miért, azt nem tudjuk. Az átfúródás legtöbbször a második és ötödik hét között következik be; székhelye leginkább az ileum, bár a féregnyúlvány átfúródásai sem ritkák. A nyílás legtöbb esetben gombostűfejnyi, kerek s egy fekély fenekének lassú erosiójából támad; ritkábbak a bélfalzat nekrosisából keletkező nagyobb anyagihiányok.

Az átfúródás kórisméje nem könnyű s még mindig vita tárgya. Osler tanár néhány év előtt tett megjegyzése, hogy azok a tünetek, a miket rendszeren leírnak, valójában csak a has-hártyagyulladás tünetei, az amerikai orvosokat arra indította, hogy pontosabban figyeljék meg az átfúródás kezdeti tüneteit. Hirtelen fellépet nagy fájdalom, érzékenység s a hasfalak merevsége a főtünetek, bár egyikök-másikuk hiányozhat. Fájdalmat az esetek háromnegyed részében találunk, de hirtelen jelentkező igen erős fájdalmat csak az esetek felében. A hasfalak merevsége sem egészen állandó. A régiebb szerzőktől kiemelt többi tünet, mint pl. a tympanites s a májtompulat eltűnése, döntő pathognomonikus jelentőséggel nem bír, ép oly kevésbé, mint a rázóhideg. A hőmérsék tekintetében jellemző a hirtelen emelkedés, lassú eséssel. A vér vizsgálata, melyre 4—5 év előtt oly nagy súlyt helyeztek, nem nyújt biztos tájékozást; leginkább némi csökkenése mutatható ki a fehérvérsejteknek.

Scott dolgozatából leginkább az derül ki, hogy a typhussal járó átfúródás diagnosisában, mint minden nehéz kórisme kérdésben, a tünetek összességéből kell az orvosnak következtetéseit levonni s nem szabad csupán egy bizonyos tünetre támaszkodnia.

A pseudoappendicitis nevű kóralakot igen tanulságos kórtörténetek alapján tárgyalja Singer. A saját és mások gyakorlatából számos esetet mond el, melyekben a legkülönbözőbb szervek megbetegedése adott alkalmat az appendicitis kórisméjére és gyakran az e miatt történt művi beavatkozásra. Némelyik esetben epe- vagy vesekő volt a tulajdonképeni betegség, máskor meg méh- vagy prostataelváltozás, sőt gyakran hysteria volt az, mely az appendicitishez hasonló kórképet okozta s téves diagnosisra vezetett. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 20. sz.)

H. P.

Idegkórtan

A Jackson-epilepsia műtévéseinek indicatiójáról Vorkastner értekezést közöl, melyben hangsúlyozza, hogy milyen ingadozó ennek felállítása a traumás eredetű esetekben és tulajdonképp csak

az agy mozgató mezejének daganataiban áll biztosan. Erre vonatkozik Bergmann mondása, hogy az agydaganatok sebészete jóformán azonos a középponti tekervények sebészetével. Itt is sok a sikertelen műtét, Hippel statistikájában 157 trepanatio szerepel, melyben a gyanított daganat nem távolítottatott el és 104, melyben ez megtörtént. A 157 eset 10%-ában nem is volt daganat a boncolás alkalmával.

Első sorban tehát az legyen a célunk, hogy kórisménk biztosítva legyen. A következő lehetőségeket kell figyelembe részesíteni.

Az agykéreg traumás sérülései támadhatnak a lamina vitrea töréséből, agyhártya vérzésből, pachymeningitisből, tályogokból, contusióból, agykéregbeli vérzésekből, a meninx vastagodásából, traumás cystákból. Az agyba hatolt löveg maga vagy távolítás eredményeképp okozhat Jackson-epilepsiát. Legnehezebb a kérdés eldöntése akkor, ha rövid idővel a trauma után támad a roham a nélkül, hogy a koponyán látható nyoma maradt volna (depressio) az ütésnek. Azt is szemmel kell tartani, hogy van olyan J.-epilepsia, melynek boncolástani elváltozás nem felel meg. A traumás J.-epilepsia sebészeti kezelése a várakozásnak nem felelt meg teljesen, az eredmény annál jobb, minél előbb történhetik a műtét.

A lues itt mint lueses meningitis és gumma szerepel. A lueses gumma a sebészek jórésze szerint nem contraindikálja a műtétet; ezzel szemben föltétlen igazat kell adni Bergmannnak, hogy a kéneső és JK itt többet ér. B. szerint műtétet ilyen esetben csak akkor kell végezni, ha az egymást szakadatlanul követő rohamok magas hőmérsékkel járnak és közvetlenül fenyegetik az életet és ha a gumma luesellenes szerekekkel nem befolyásolható; különösen az igen nagy terjedelmű gummák tartoznak ide.

A dementia paralytica is ad alkalmat J.-epilepsiához hasonló rohamok kifejlődésére. Ezek felismerésére fontos, hogy gyakran rövid ideig tartó és azután megszűnő aphasiával járnak, ha más dementiás tünet nincs.

Sclerosis polyinsularis kezdeti szakában is jelentkezhetnek J.-epilepsiás roham. Epilepsia előállhat még porencephaliás hiányok, encephalitisek, vérzések, emboliák és thrombosis után is. Nem egyszer nehéz a thrombotikus encephalomalacia felismerése, mely minthogy előhaladó, a tumor gondolatát kelti, annyival is inkább, mert az ezen vidéki daganatokban többnyire nincs pangásos papilla. Ilyen esetet Bergmann is operált hibás körjelzés alapján. Fel kell még említeni az uraemia, encephalopathia saturnina, az infectiós betegségekben ritkán támadó, az alkoholizmuson és diabetesen alapuló görcsöket is. Előfordulnak ilyenek még néha látható elváltozások nélkül is carcinomában és tuberculo-sisban.

Egynéhány újabb tapasztalat a mellett szól, hogy migraineben is vannak a J.-epilepsiához hasonló rohamok. Szerző reflexepilepsiáról is beszél, melynél a peripherián keletkezett sérülés vagy heg volna gyógyítandó.

Nem szabad továbbá elfelejteni, hogy a hysteria is utánozhatja a J.-epilepsiát és hogy már nem egy ilyen hysteriás beteget operáltak. Ha egyéb hysteriás tünet nincs, a körjelzés felállítása nehéz lehet. Kétes esetekben Ballet és Crespin használható jelnek tartja, hogy hysteriás rohamok után a testhőmérsék sohasem emelkedik, de a hőemelkedés a valódi J.-epilepsiában is elmaradhat. Meg kell kísérlni, lehet-e suggestióval rohamot előidézni, a mi hysteriában megtörténhetik. Az így létrehozott roham jól megfigyelhető és magán viseli a hysteria jellemző sajátosságait. Hogy a negatív szemfenéklelet mit sem bizonyít, arról már volt szó, de szerző egy érdekes esetében a papillák határa elmosódott volt és ezért az eset J.-epilepsiának látszott, ennek ugyan ellene szólt, hogy suggerálással rohamot lehetett előidézni. Mégis a szemfenéklelet miatt kétes volt a körjelzés addig, míg a beteg testvérén ugyanezen szemfenéki lelet volt található, mely bizonyította, hogy a betegen is congenitális hiba adta a szemfenéki elváltozást, tehát a görcsök mégis csak hysteriások voltak. Szerző helyesen teszi, hogy állást foglal Löwenfelddel szemben, a ki más hysteriás jelek hiánya miatt jogosultnak tartja a J.-epilepsia jelzést és megfelel a Charcot-féle monosymptomás hysteriáról.

A gyermekkorban hasonló tünetek támadhatnak, a mikor a daganatra valló tüneteket a francia szerzők értelmében vett „meningite en plaque tuberculeuse” hozza létre, a mely esetek gyakran jó és brom együttes adásakor gyógyulnak.

Előfordul az is, hogy a daganat mélyebben székel és csak ezért nem operálható. Szerző munkáját azzal fejezi be, hogy a legtöbb esetben, mikor a középponti tekervényekből daganatot akarunk eltávolítani és a koponyát megleljük, tovább haladni nem tudunk.

A kivonatolt dolgozattal szemben csak azt kell megjegyeznünk, hogy a modern ideggyógyosok nem ismernek reflexepilepsiát és a peripherián támadt sérüléssel kapcsolatos görcsöket hysteriásoknak tartják. Itt tehát a sérült rész gyógyítása, vagy az illető seb hegének kimetszése nem is szüntetheti meg a görcsöket. A kezelésnek ezen esetekben suggerálónak kell lennie. (Berl. klin. Wochenshr. 1905. június 12. és 19.) Kollarits.

Sebészet.

A rák pathogenesiséről értekezik W. A. Freund és beismeri, hogy még most is áll az, hogy „cancerum curare, sic eum definire perarduum est”. Általában a rákos megbetegedések szaporodásáról beszélnek; Freund ezt nem fogadja el, mert a németországi statistikák egyfelől a kórházban ápoltak, másfelől a halottkémi jelentések alapján készültek s csak ezen hibás alapon való számításnak tudható be, hogy 1879-től 1898-ig a rákosok száma 266%-kal növekedett. A rák aetiologiájára nézve az a nézete, hogy az átoltások nem inoculációk, hanem transplantációk lévén, a parasitaer elmélet meg nem állhat, mert az implantációk, mint azt Hansemann is hangsúlyozza, élesen elkülönítendőek az infectióktól. Szerző klinikai tapasztalatai szerint a senilismus a legfőbb kóroktani tényező a rák létrejöttében. E mellett szól Sheild észlelése, mely szerint minden 50 éven felüli nő rákinvasióra hajlamos, főleg az emlőben; Tietze nők emlőjében 40 éven felül senilis epithel-elváltozást észlelt, mely kystadenomához nagyon hasonlít. S így a senilismus visszafejlődési folyamataival — nevezék azokat akár seborrhoeának, akár leukoplakiának vagy kystadenomának — képezi a rákfejlődés okát. Szükségesnek tartja azonban még a helybeli művi, vegyi vagy hőingert, vagy a testi és lelki depressiót, a melyek ezen senilis csírok burjánzását megindítják. (Zeitschrift für Krebsforschung, 1905. III. k. 1. f.) Steiner Pál dr.

A méh és hüvely teljes prolapsusának műtéti kezelésére Holme Wigin a széles szalagoknak dohányzacskó varratok segítségével összeráncolását és megrövidítését ajánlja. A műtétet 60—83 éves nőkön haláleset nélkül és minden tekintetben kielégítő sikerrel számos esetben hajtott végre. (The Lancet. 1905. 4263. sz.) Pólya.

Intussusceptiót 18 esetben észlelt gyermekeknél Fagge. Ezek közül 10 ileocecalis, 1 enterica volt, 7 esetben kettős intussusceptio, 3 ileocecalis-colica, 2 ileocolicacolica, 2 enterica-ileocecalis állott fenn; az egyik esetben egy harmadik intussusceptio is volt jelen. Az esetekben kivétel nélkül laparotomiát végzett 7 halálozással (39%); 2 igen fiatal beteg még utólag, néhány héttel a műtét után diarrhoeában pusztult el, de ez a laparotomia rovására nem írható. A gyermekek közül 14 egy éven aluli volt. Fontos a korai operálás (minden egyéb kísérlet, fel-fűvés, repositio elvetendő), mert míg az első 24 órában az esetek 94%-a reducibilis, a második napon csak 83%, a harmadikon pedig már csak 61%-a tehető vissza; ha pedig ez nem történhetik, sőt a bél már gangraenosus és e miatt akár resectiót, akár anus praeternaturalist kell végezni, ezt a fiatal betegek rendszere szerint nem állják ki. Szerző öt ilyen betege közül csak egy gyógyult meg és Gibson statistikája szerint 61 irreponibilis vagy gangraenosus intussusceptio közül 49 halálosan végződött. (Annals of surgery, 1905. márczius.) Pólya.

Interparietalis inguinalis herniát észlelt egy kis leányon Cumston; a herniaszák az aponeurosis obliqui ext. és az obliquus internus közt fejlődött ki. Nőknél ez igen ritka; Gübell 115 eset közül csak négyet jegyzett fel nőknél s azóta is az irodalomban csak négy hasonló észlelet van. (Annals of surgery, 1905. márczius.) Pólya.

Az intraappendicularis tensio szerepét az appendicitis aetiologiájában fejtegeti Zwalenburg. Szerinte a féregnyúlványbeli nyomás növekedése először a venákat nyomja össze, ez capillaris exsudatio, így az intraappendicularis nyomás további növekedésére vezet; ha ez eléri azt a magasságot, mint az arterialis vérnyomás, a circulatio megszűnik s ez vezet a csírák átvándorlására az appendixen keresztül s a peritonitis kifejlődésére. (Annals of surgery, 1905. márczius.) Pólya.

A perityphlitis okáról, megelőzéséről és kezeléséről tartott előadást Karewski. Újabb klinikai és főleg histologiai bizonyítékkal száll síkra ama már régebben felállított tétele mellett, hogy az appendicitis enterocolitis folyamánya, mely a féregnyúlvány kedvezőtlen anatómiai viszonyai — tartalmának nehezen kiüríthető volta, a mélységbe nyúló, gazdag nyirokesomó-apparatusa, vérrel való ellátásának labilitása és véredényrendszerének már enyhe lobos izgalmaknál is a bántalom körébe való bevonása — miatt válik oly hamar fatálisá. A prophylaxis azért a bélhurut és obstipatio gondos diätetikai és medicamentosus kezelésében kell hogy álljon, különösen ha kólikás fájdalmak, vakbél-táji puffadás s a has jobb oldalában található valamely nyomásra fájdalmas pont az appendix mélyében lejártszódo lobos folyamat gyanúját keltik. Ha az appendicitis larvátára valló homályos tünetek néhány heti kezelés, megfigyelés alatt el nem múlnak s még inkább, ha az appendicitis kifejezett: a műtéti beavatkozás indikált és sürgössé válik e beavatkozás, ha a féregnyúlványbeli lobos folyamat áttérjedése a serosára kimutatható, a perityphlitis rohamnak mindjárt kezdetén, hogy így a sokkal nagyobb veszedelmeket magában rejtő átfűródás elkerültesse; az átfűródás bekövetkezése után csak néhány óráig vagyunk abban a helyzetben, hogy a szervezetet annak végzetes következményeitől megközelítő biztonsággal megszabadíthassuk. (Deutsche med. Wochenschrift, 1905. 20—21. sz.)

Bőrkórtan.

Az eczema kezelés haladásáról írt nemrégiben cikket Kromayer tanár. A lényeges haladásokat a következőkben foglalja össze: Heveny eczémák ellen első sorban a pasta-kezelés ajánlható; a pasták közül különösen a Lassar-féle említendő: Rp. Zinci oxydati, Amyli aa 10'0; Vaselini 20'0. Az idült psoriasisform eczémák kezelésében tetemes haladást jelent a chrysarobin és a pyrogallussav. A kátránykészítmények közül első sorban az anthrasol érdemel említést, például a következő alakban: Rp. Anthrasoli 10'0; Pastae zinci ad 100'0. Végül azon eczemaalakok számára, a melyekben nagyon enyhe felületes edzés útján akarjuk a gyógyulást siettetni, szinte ideális szernek bizonyult a lenigallol, a mely következőképen rendelhető: Rp. Lenigalloli 10'0; Pastae zinci ad 100'0. Sok esetben a kátrány-kezelésre áttéréskor jó szolgálatokat tehet a lenigallol-anthrasolpasta: Rp. Lenigalloli, Anthrasoli aa 10'0; Pastae zinci ad 100'0. (Wiener medizinische Wochenschrift, 1905. 3. szám.)

Bőrbajok kezeléséről fagyasztó eljárásokkal. A fagyasztó eljárást bőrbajoknál, melyet voltaképen Detlefsen (Dánia), Saalfeld (Berlin) és Arning (Hamburg) inauguráltak, újabban Juliusberg, a breslaui bőrkórtani klinika assistense próbálta ki. E klinikán a fagyasztásra a szénsavat alkalmazták s azt tapasztalták, hogy ha a szénsavspray mintegy 1 cm.-ről hatott a bőrre, akkor a bőr már néhány másodperc alatt keményre fagyott, s csak 20—30 másodperc múlva kezdett megint felengedni. Ha a bőrt egy fél percren át tartották megfagyasztva, akkor a fagyasztott helyen először anaemia, néhány perc múlva a környékre is kiterjedő hyperaemia, egy fél óra múlva erős serosus exsudatio, 12 óra múlva lobos vörösödés, hólyagképződés, sőt energikusabb fagyasztásnál fekélyképződés is lépett fel. Therapeutikus czélokra már most Juliusberg ez eljárást akképen alkalmazta, hogy a beteg bőrrészetet 30—60 másodpercig tette ki a szénsavspray hatásának akképen, hogy a ballon szelepét rövid időközökben kinyitotta, majd ismét becsukta. Ez eljárás következtében a bőr 1—2 percre keményre fagyott. 5—10 nap alatt az egész reactio lefolyt, a mikor aztán szerző a fagyasztást megismételte. Könnyebb esetekben 3 ülés 3—4 hét alatt teljesen elegendő volt a therapeutikus cél elérésére. Az eljárást szerző aknenál, sykosisnál, ulcus crurisnál,

Röntgen-fekélyeknél, kankroidnál, lupus vulgarisnál és lupus erythematosusnál kísértette meg. Aknenál és felületes sykosisnál az eredmény igen jó volt, ha az eljárást azzal kombinálta, hogy a fagyasztások közti időben forró spiritusos borogatásokat alkalmazott. Psoriasis inkább rosszabbodott a kezelés után, a mélyebbre terjedő Röntgen-nekrosisekre úgy látszik semmi befolyással nem volt a fagyasztás. Az ulcus cruris a fagyasztás következtében úgy látszik gyorsabban tisztul és gyorsabban hámosodik be, mint másféle kezelés után, a legjobb sikert azonban lupus erythematosusnál érte el szerző. Juliusberg 9 ilyen esetről számol be, melyek közül 8-at igen kedvezően befolyásolt a fagyasztás. A siker itt azonban csak akkor maradt tartós, ha a beteg testrészt a fagyasztó kezelés befejezte után acid. hydrochlor. erudummal edzették. Lupus vulgarisnál az eredmény szintén igen kedvező volt, annyira, hogy ha primaer affectionál egyszer fagyasztottak, s utána a beteg bőrrészt sósavval edzették, igen hamar gyógyulás állt be. Kísérleteinek eredményét szerző abban foglalja össze, hogy pusztán a fagyasztást lupus erythematosusnál, a fagyasztást és a sósavval való utánaedzést (mit különben Dreuw ajánlott) pedig lupus vulgarisnál és carcinománál czélyszerű megkísérteni. (Berl. klin. Wochschr., 1905. 10. sz.)

Anthrasollal Joseph poliklinikáján kiterjedten kísérletezett Schneider. Kísérletei alapján az anthrasolt a kátrány nagyon jó pótszerének tartja, sőt folyósabb volta, a vele való bánás tisztasága és kényelmessége, valamint egyes bőrbajokban kedvezőbb hatása miatt még előnyben is részesíti a kátránnyal szemben. Egyébként a tapasztalásaiból levonható következtetéseket az alábbi pontokban foglalja össze: 1. Idült eczema eseteiben az anthrasol kitünően használható a hámregeneratio előmozdítására és a viszketés csillapítására, feltéve, hogy a beteg általában türi a kátrányt. Kivált azon idült eczémákban javult az anthrasol, a melyek a bőr beszűrődéséhez vezettek; rhagadiform eczémákra ellenben hatástalan. 2. Heveny és subcut eczema eseteiben csak az izgalmi tünetek megszűnése után és akkor is csak nagyon óvatosan szabad az anthrasolt használni. A lobos szakban az anthrasol, úgy mint minden kátránykészítmény, ellenjavalt. 3. Viszkető, nem lobos dermatosisokban (urticaria, pruritus) az anthrasol, főleg az anthrasol-glycerinkenőcs nagyon jó szer a viszketés megszüntetésére és sokszor nagyon makacs esetekben is, a melyekben más szerekekkel nem sikerült eredményt elérni, gyógyulásra vezet. 4. Scabies eseteiben az anthrasol-Wilkinson-kenőcs úgy az alapbetegség, mint a másodlagos eczema ellen nagyon jó hatású; utóbbinak természetesen nem szabad a lobos szakban lenni. 5. Lichen ruber ellen az anthrasol hatástalan. 6. Hyperhydrosis enyhébb eseteiben az anthrasol-hintőpor előnyben részesítendő más szerekekkel szemben. Az anthrasol-glycerinkenőcs összetétele a következő: Rp. Anthrasoli, Lanolini aa 3'0; Ungu. glycerini ad 30'0. Az anthrasol-hintőpor pedig következőképen írható fel: Rp. Anthrasoli 5'0; Lenigalloli 1'0; Zinci oxydati, Talci venet. aa ad 100'0. Nagyon gyakori és jó használatmód továbbá az 5—10%-os alkoholos oldatban való alkalmazás. (Deutsche Aerzte-Zeitung, 1905. 6. füzet.)

Kiseb közlemények az orvosgyakorlatra.

Lábizzadás ellen Aronheim a formalin és perhydrol (30%-os hydrogensuperoxyd) combinatioját ajánlja: Rp. Formalini 10'0; Perhydrol 3'0; Aquae destillatae 300'0. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 22. szám.)

A gonorrhoea kezeléseinek lényegét a következőkben foglalja össze Zeissl tanár. Kezdetben, a leghevenyebb tünetek elmúlása után, baktericid szerek fecskendezendők a húgycsőbe; ezek közül leghatásosabb a kalium hypermanganicum (0'01:100'0 vízre) és a protargol (0'5—2'0:200'0 0'6%-os konyhasó oldatra; ehhez még 1'0 glycerin is adandó); a befecskendezett folyadék 4—5 percig tartandó vissza a húgycsőben. Később áttérhetni adstringáló szerekre (zincum sulfuricum, plumbum aceticum). A merevedések ellen a kámfor- és bromkészítmények nem sokat használnak; nagyon jó eredménnyel használható azonban a trional, melyből 1 1/2 gramm adandó két egymásután következő nap estéjén, majd másodnapoként. (Oesterreichische Aerzte-Zeitung, 1905. 2. és 3. szám.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. augusztus 4.

— **Fenyvessy Béla** dr. egyetemi tanársegédnek a budapesti tudomány-egyetem orvostudományi karán a kísérleti gyógyszer-tanból magántanárként kinevezését a vallás- és közoktatásügyi miniszter jóváhagyóan tudomásul vette és őt e minőségében megerősítette.

⊕ **Mohr Mihály** dr. egyetemi magántanár, kórházi szemész-főorvos lakását VII., Erzsébet-körút 39. szám alá tette át.

△ **Paunz Márk** dr. orr- és gégeorvos lakását VI., Teréz-körút 32. szám alá tette át.

* **Béla Pál** dr. szemorvos lakását V., Arany János-utca 32. szám alá tette át.

× **A törvényszéki orvosvizsgáló bizottság.** Az igazságügy-miniszter **Bókay Árpád** dr. udvari tanácsost, budapesti egyetemi tanárt, **Liebermann Leó** budapesti egyetemi és **Löte József** dr. kolozsvári egyetemi tanárt, **Novák Endre** dr. ungvári közkórházi igazgató-főorvost, **Pertik Ottó** dr. budapesti egyetemi tanárt, **Thuróczy Károly** dr. királyi tanácsost, Nyitra vármegyei tisztii főorvosát, **Udránszky László** dr. kolozsvári egyetemi tanárt és **Zöldy János** dr. Békés vármegyei tisztii főorvosát a törvényszéki orvosvizsgáló bizottság tagjaivá három év tartamára újra kinevezte.

↑ **A tisztii orvosi vizsgák** Kolozsvárt október hó 9.-én, Budapesten október hó 16.-án kezdődnek. A tisztii orvosi vizsgára előkészítő cursust Budapesten szeptember hó 18.-án kezdik meg.

† **Elhunyt:** **Schwarz József** dr. nyugalmazott főtörzsorvos július 26.-án Pozsonyban 53 éves korában. — **Weisz Sándor** dr. körorvos Nőgrád-Vadkertben. — **B. Honsell**, a sebészet rendkívüli tanára a tübingeni egyetemen.

— **K. Binz**, a gyógyszer-tan hirneves tanára a bonni egyetemen e hó 7.-én üli orvosdoktorrá avatásának 50. évfordulóját.

— **Pályázat.** A nemzetközi munkásvédő-egyesület 33,750 franknyi pályadíjat tűzött ki az ipari ólommérgezés elhárítását és gyógyítását tárgyaló legjobb mű jutalmazására. A pályázat részleteiből feltételeit a „Bulletin de l'office international du travail” III. kötetének 9—12. füzeté fogja hozni. E füzetet az „Office international” (Basel) az érdeklődőknek ingyen megküldi.

× **Jubilaeum.** Az edinburghi Royal College of Surgeons július 19.-én s a következő napokon ünnepelte fennállásának 400. évfordulóját. Ez alkalommal a College számos bel- és külföldi hírneves sebészt tüntetett ki dísztaggá való megválasztással. Ime a megválasztottak névsora: **Eiselsberg** (Bécs), **Fuchs Ernő** (Bécs), **Saxthorp** (Kopenhága), **Guyon**, **Lucas-Championnière**, **Poncet**, **Segond** és **Terrier** (Páris), **Bergmann**, **König** (Berlin), **Bier** (Bonn), **Czerny** (Heidelberg), **Durante** (Róma), **Janeyoshi Yazuzumi** (Tokio), **Subbotin** (Szt.-Pétervár), **Lennander** (Upsala), **Krönlein** (Zürich), **Halsted**, **Kelly** (Baltimore), **Keen** (Philadelphia), **Mayo** (Minnesota), **Mc Burney** (New-York), **Warren** (Boston), **Cameron** (Toronto), **Chance** (Dublin), **Clark** (Glasgow), **Fitzgerald** (Melbourne), **Lord Lister** (London), **Bomford** (Bombay), **Keogh** (London), **Mac Cormick** (Sidney), **Playfair** (Edinburgh), **Tweedy** (London), **Shepherd** (Montreal).

○ **A 14. francia sebészcongressust** október 2.-án tartják Párisban. Tárgyalásra a következő kérdéseket tűzték ki: 1. A pankreas sebészete. 2. Az arcz plastikai sebészete. 3. A végtagsérülések conservativ kezelése.

× **Az olvashatatlan receptek ellen.** A hesszeni miniszterium a következő rendeletet bocsátotta ki: „Mint hogy általános a panasz, hogy a gyógyszer-tárakba gyakran hoznak csaknem olvashatatlan rendelvevényeket, utasítjuk a gyógyszerészeket, hogy ezentúl ne vesződjenek az ilyen receptek fáradságos s e mellett nem egészen megbízható kibetűzésével, hanem szólítsák fel az illető orvost új rendelvevény írására.”

* **A „gyakorlati év”-ről Németországban.** A porosz közoktatásügyi miniszter folyó évi június 21.-én kibocsátott rendeletében intézkedik a gyakorlati év esetleges elengedésének feltételeiről. Minden esetben szigorúan megvizsgálandó, vajjon a folyamódó személyes viszonyai csakugyan megkövetelik-e az elengedést. A dispensatio okai gyanánt a a rendeletben a következők vannak megemlítve: 1. kedvezőtlen anyagi viszonyok; 2. a katonai szolgálat specialis viszonyai; 3. a folyamódó előrehaladott kora, ha ez a pálya késői változtatásával függ össze; 4. az atya vagy valamely más közeli rokon orvosi gyakorlatának az átvétele; 5. ha a folyamódót betegsége akadályozza abban, hogy gyakorlati évét leszolgálja, pl. ha betegsége arra kényszeríti, hogy délvidekre költözzék vagy hogy hosszabb tengeri útra induljon hajóorvos minőségben; 6. ha a folyamódó orvosi tanulmányainak ideje betegség folytán igen hosszúra nyúlt.

— **Katheter használata 29 éven át.** Hingston Fox a „Lancet” július 22.-i számában egy 91 éves korában elhalt betegéről tesz említést, a ki 29 év óta csak katheterrel tudott vizelni. 60 éves korában mutatkoztak nála a prostata-tútnegés első tünetei, s két év múlva már katheterre szorult. Napjában többször használta a puha Nélaton-kathe-

tert, minden antisepsis nélkül. 15 évvel a katheter használatának megkezdése után átlut hozott magán létre, mely azonban szerencsésen meggyógyult. A beteg élte végéig élénk és tevékeny volt; halálát prostatitis és hólyagvérzés okozta.

— **A pesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekekórházának** segélyét az 1904. évben 1357 fekvő beteg és 15,889 ambulans beteg vette igénybe; ezenkívül 455 esetben himlőoltás végeztetett. A belgyógyászati osztályon 7985 bejáró és 867 fekvő beteg; a sebészeti osztályon 3249 bejáró és 348 fekvő, a szembeteg osztályon pedig 2510 bejáró és 142 fekvő beteget kezeltek; a bőrbetegek rendelésén 1105, a fülbetegek rendelésén 584, az orr- és gégebetegek rendelésén pedig 456 beteg fordult meg. Az összes rendelések száma 61,711 s így átlag egy napra 167 ambulans beteg esett. Az 1357 fekvő beteg közül meghalt 118, a mi 8^o/o-nak felel meg; ha azonban leszámítjuk a haldokolva hozott 28 beteget, a halálozási százalék csak 6-ot tesz. A kórházban serummall kezelte 289 diphtheriás közül 33 halt meg, a mi 11^o46^o/o-nak felel meg; ha pedig levonjuk a haldokolva hozott 8 beteget, a halálozás 8^o89^o/o-ra esökken. Sebészeti műtétet összesen 1766 esetben, szemészetit 150-ben, fülészetit 233-ban, az orr- és gégegyógyászatba tartozót pedig 148 esetben végeztek. Megjegyzendő, hogy a kórház segélyét igénybe vetteknek csak 31^o/o-a volt izraelita vallású. A kórház orvosi személyzete 3 főorvosból (**Grósz Gyula** dr. a belgyógyászati, **Alapy Henrik** dr. a sebészeti és **Mohr Mihály** dr., a szemészetit osztály vezetője), 3 rendelő orvosból (**Beck Soma** dr. a bőrgyógyászati, **Neubauer Adolf** dr. a fül-orvosi és **Klár Mór** dr. az orr- és gégeorvosi rendelés vezetője), egy prosectorból (**Feldmann Ignác** dr.), egy alorvosból és 6 segédorvosból állott.

— **Magyar fürdők látogatottsága.** Budai Erzsébet-sósfürdő (VII. 22.) 1265; Korytnicza (VII. 17.) 923; Tátrafüred (VIII. 1.) 2115; Ujtafrafüred (VII. 17.) 871; Lépik (VII. 30.) 2428; Tátra-Széplak (VII. 22.) 855.

○ **A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület** 1905. július havában 321 esetben nyújtott segélyt.

— **A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya** 1905. július havában összesen 121 esetben működött.

□ **A budapesti poliklinikán** július havában 3527 új beteg jelentkezett; a rendelések száma 9413 volt.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 28. hetében (1905. július 9.-től, július 15.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Elveszületett 377 gyermek, elhalt 301 egyén, a születések tehát 106-al múlták felül a halálozásokat. — Születések aránya: 1000 lakosra: 23.5. — Halálozások aránya: 1000 lakosra 18.7, az egy éven felüli lakosságnál: 16.9, az öt éven felüli lakosságnál: 6.6. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 4, meningitis tuberculosa 2, apoplexia cerebri 3, convulsiones 2, paralysis progress. 8, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 6, morbi cordi. 1, morbi myocardi 3, vit. valvularum 0, arteriosclerosis 6, alii m. org. circ. 1, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 4, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 1, pneumonia 2, pneumonia crouposa 1, tuberc. pulmonum 27, emphysema pulm. 2, pleuritis 0, alii m. org. resp. 0, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 42, 2 éven felüli 0, cholera nostras 0, hernia incarcerata 0, alii oocl. intestini 1, peritonitis 2, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 1, alii m. org. dig. 0, nephritis 1, alii m. syst. urop. 0, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 1, m. cut. et t. cell. 1, m. oss. et artic. 1, debil. congenita 8, paedatrophia 0, marasmus senilis 4, carcinoma ventric. 8, carcinoma uteri 0, alia carcinomata 2, alia neoplasmata 1, morbi tuberculosi 2, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 3, typhus abdominalis 1, variola, varicella 0, morbilli 0, morbilli pneumonia 1, scarlatina 1, pertussis 0, croup-diphth. 0, dipht. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 0, lues congenita 1, erysipelas 1, pyaemia, sepsis 2, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 8, suicidium 2, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a közégi közkórházakban. A múlt hét végén volt 3296 beteg, szaporodás 821, csökkenés 740, maradt e hét végén 3324 beteg. b) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tünteti fel): kanyaró 72 (144), vörheny 28 (29), ál. gége- és roncsoló torok-lob 27 (17), hökhurut 21 (24), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 4 (3), himlő 0 (0), állhimlő 0 (0), bárányhimlő 11 (19), vérhas 1 (1), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 2 (6), trachoma 0 (2), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Haemorrhoidisid. Egy nálunk nem igen ismert Cucurbitacea: a Pantjasona, oly hatóanyagot tartalmaz, mely belsőleg véve az aranyeres bántalmakra rendkívül kedvező befolyást gyakorol. Az említett növény kivonatából és ezukorból a „Chemische Fabrik Erfurt” tablettákat készít, s azokat „Hämorrhoidisid” néven hozza forgalomba. Dr. Weissmann (Lindenfels) 4 esetet közöl, melyekben — bár a baj idült volt és mindenféle kezelés sikertelen maradt — a haemorrhoidisid, 3 tablettá napi adagban, a subjectiv panaszokat megszüntette és a csomókat majdnem teljesen eltüntette. Dr. Gölner (Erfurt) eredményei is igen jók voltak, és melegen ajánlja ezen szert minden betegnek, ki haemorrhoidalis bántalomban szenved.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” Ujonnan épült magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére, **Budapest, VII., Városligeti fasor 9. szám.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi-telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79—72. Villamos vasút-összeköttetés. Kivánatra prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő gyógyfürdő, Buda.

Természetes forró-meleg kénas források, iszapfürdők, iszapborogatások massage, vizgyógyintézetek, szénsavfürdők, gőzfürdők, kő- és kád-fürdők, gyógyviz-uszodák. Olesó és gondos ellátás. Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok stb. fölül kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő igazgatósága** Budán.

Lipótvárosi vízgyógyintézet V., Báthory-utca 3. szám. Elsőrangú berendezés. **Forró lég-, sós-, szénsavas-, villamos kád- (Gärtner tr. szerint) és fényfürdők stb. Dr. Farkas Márton.**

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézet, Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

Dr. Widder Bertalan operateur testegyeneseítő (orthopädia) intézete **csont- és ízületi** (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) **betegeknek.** Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sarok. Rendel d. e. 11—12., d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 51.) Csúsz, köszvény, consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak ellen. **Vezető orvos: Dr. VANDOE (Wildmann) DEZSŐ.**

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

PÁLYÁZATOK.

3953/1905. ikt. szám.

Cádoros községben megüresedett községi orvosi állásra pályázatot nyitok. A pályázati kérvények hozzám szeptember hó 15-ig annál inkább beadandók, mert a később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Az állás javadalmazása: 3 szobából és a szükséges mellékhelyiségekből álló szabad lakás és 1000 korona évi fizetés.

A látogatási díjak következőleg vannak szabályozva: 1. Az orvos lakásán nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér; 2. a beteg lakásán nappal 60 fillér, éjjel 1 kor.; 3. halottkémlel díja 40 fillér.

Oros házán, 1905. évi július hó 30-án.

A főszolgabíró.

376/1905. sz.

A gyergyószentmiklósi nyilvános jellegű 50 ágyra berendezett megyei kórháznál lemondás folytán megüresedett, élethossziglani kinevezéssel járó **leni delorvosi állásra** pályázat hirdettetik.

Ezen állás évi 1600 korona évi fizetéssel, két szobából álló butorozott lakással, fűtés és világítással javadalmaztatik.

Felhivatnak mindazon orvosdoktorok, akik legalább két évi orvosi gyakorlatot kimutatni képesek, hogy szabályszerűen felszerelt pályázatukat Csik vármegye főispánjához intézve, alóírott igazgatóhoz 1905. évi augusztus 31-ig bezárólag nyújtsák be.

Gyergyószentmiklóson, 1905. évi július 29-én.

Dobribán Antal dr., kórházi igazgató.

2—1

4172/905. szám.

A kereskedelemügyi m. kir. Minister 1905. évi július hó 18-án 4942. eln. sz. a. kelt rendelete alapján a m. kir. tengerészeti hatóságnál betöltendő évi 900 korona fizetéssel, az 1904. évi I. t.-cz. végrehajtása tárgyában kibocsátott kormányrendelet 11. §-a értelmében járó évi 100 korona személyi pótlékkal, szabályszerű lakpénzzel és évi 60 korona lakbérpótlékkal valamint természetbeni ruha-illetményekkel javadalmazott altisztii ranggal összekötött laboránsi állásra ezennel pályázat hirdettetik.

Ezen laboráns a következő teendőket tartozik ellátni:

1. Laboratoriumi szolgálatot teljesít a martinischizai vesztglő intézet laboratoriumában s a fiumei előkészítő laboratoriumban.

2. Mindkét laboratoriumban a netán szükséges laboratoriumi segédkezesen kívül az eszközök és a helyiségek tisztántartásáról állandóan gondoskodik.

3. Szükség esetén a martinischizai boncsteremben a bonczoló orvosnak segédkezni és bonczszolgái teendőket, a hulla átvételét, megőrzését, bonczolás utáni összevarrását és megtisztítását, koporsóba helyezését s a hulla tisztántartását is végezni tartozik, mely külön szolgálatokért a szabályszerű külön díjazás jár.

A folyamodványhoz esatolandók:

1. Keresztlevél vagy születési bizonyítvány.

2. Magyar honosságot igazoló bizonyítvány.

3. Erkölcsei bizonyítvány.

4. Családi állapotát és családtagjainak számát igazoló bizonyítvány.

5. Bizonyítvány arról, hogy bonczszolgái vagy laboratoriumi szolgái minőségben már eddig is működött.

Előnyben részesítetnek azok, kik a magyar nyelven kívül az olasz vagy horvát nyelvet is bírják.

Megjegyeztetik, hogy a pályázati feltételeknek különben megfelelő kiszolgált és igazolvánnyal ellátott katonai altisztek, az 1873. évi II. törvények 5. §-a értelmében egyéb pályázókkal szemben elsőbbségben fognak részesülni.

Felhivatnak a pályázni óhajtok, hogy a fentiek értelmében felszerelt kérvényeiket jelen pályázati hirdetménynek a hivatalos lapban harmadszori közzétételétől számított négy (4) hét alatt ezen hatósághoz közvetlenül annál is inkább nyújtsák be, mert elkesztetten érkezett, avagy hiányosan felszerelt kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Megjegyeztetik végül, hogy a szóban forgó állásra való kinevezés egyelőre ideiglenes minőségben történik és a véglegesítés a sikeresen kiállott egy évi próbaidőtől tetetik függővé.

Fiume, 1905. évi július hó 22-én.

Magyar kir. tengerészeti hatóság.

2333/1905. szám.

A kapnikbányai m. k. bánya- és kohóhivatalnál a X. fizetési osztály 3. fokozatába sorozott s az 1904. évi I. t.-cz. alapján kijáró személyi pótlék beszámításával évi 2000 K. fizetéssel, lakással, esztleg a megfelelő törvényszerű lakpénzzel, 54 ürköbméter tűzfajárandósággal, évi 360 K. kocsitartási átalánnyal, évi 840 K. takarmányváltásig illetményekkel javadalmazott bányaműorvosi állásra ezennel pályázat hirdettetik.

Felhivatnak azon orvostudorok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott folyamodványaikat, előjáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állanak, az illetékes főispán vagy polgármester útján jelen hirdetménynek a „Budapesti Közlöny”-ben való első megjelenésétől számított négy (4) hét alatt a Pénzügyministeriumhoz czimezve, az alulírott m. k. bányai igazgatósághoz nyújtsák be. Későbbben beérkező folyamodványok tekintetbe vétetni nem fognak.

Folyamodók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni, illetőleg mindazon kellekeket kitüntetni, melyek a kiírt állomásra megköveteltetnek, nevezetesen:

1. Családi és keresztnévüket, honosságukat, születési helyüket, életkorukat, vallásukat, családi állapotukat.

2. Megszámlált nélküli előéletüket (curriculum vitae).

3. Nyelv és szakismereteiket, netáni klinikai vagy kórházi szolgálataikat.

4. Erkölcsei magaviseletüket.

5. Hogy katonai kötelezettségüknek miként felelt meg.

6. Hogy oly egészségi állapotban vannak, miszerint a szolgálattal egybekötött köteleességek teljesítésére teljesen képesek.

A kinevezés, ha az illető nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik s a véglegesítés csak egy évi próbaszolgálat után következik be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó kötelezettségeknek minden tekintetben megfelel.

Nagybánya, 1905. évi augusztus 1-én.

Magy. kir. bányai igazgatóság.

2047/1905. szgb. szám.

Fogaras vármegyének alsóárpási járásában előléptetés folytán megüresedett egyesítve volt alsóvisti 13,436 lélekszámmal és szkorói 10,213 lélekszámmal bíró **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és az ezen állásokat elnyerni óhajtokat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket folyó évi augusztus 17-ig hivatalomhoz annál inkább benyújtsák, mert később érkező folyamodványok nem lesznek tekintetbe véve. — A választás 1905. évi augusztus hó 22-én d. e. 10 órakor fog az alsóárpási járási főszolgabírói hivatalban megtartatni.

A körorvosi székhely az alsóvisti állásra Alsó-Vist és a szkorói állásra ideiglenesen Alsó-Árpás lesz. Javadalmazás 800—800 korona évi fizetés, 226 kor. 10 fill.—226 kor. 10 fill. úti átalány, mely összeg az állampénztárból utólagosan fizettetik, továbbá a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak. Köteles azonban a körorvos a községeket havonként kétszer rendszeren látogatni és a vagyon-talan betegeket ingyen gyógykezeln.

Ha pályázatok hiányában esetleg csak az egyik körorvosi állás lesz betölthető, akkor az egyik körben megválasztott körorvos köteles a másik körben is a körorvosi teendőket elvégezni az 1600 korona fizetés és 452 korona 20 fillér úti átalányának élvezése mellett, mely esetben egyelőre a körorvosnak székhelye Alsó-Árpás lesz.

A román nyelvnek tudása feltétlenül megkívántatik.

A megválasztott körorvos köteles állását 8 nap alatt elfoglalni.

Alsó-Árpás, 1905. évi július hó 17-én.

3—2

Turell, szolgabíró.

3387/905. sz.

Gömör vármegyében a tornallyai járásban lemondás folytán megüresedett **harkácsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Székhely Harkács, gyógyszerár helyben.

A körorvos évi fizetése:

1. Törzsfizetés 1200 korona.

2. Lakbér 200 korona.

3. Utazási átalány 300 korona, melynek ellenében tartozik a megválasztandó körorvos a községészségügyi kórhöz tartozó községeket havonként egyszer meglátogatni.

4. Látogatási díjak: körorvos lakásán nappal 50 fillér, éjjel 1 korona, a beteg lakásán bármely községben nappal 1 korona, éjjel 2 korona.

Felhivom a pályázni kívánókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket f. évi augusztus hó 5-én délután 5 óráig hivatalomhoz annál is inkább adják be, mivel a később érkezteteket figyelembe venni nem fogom.

A választás Harkács községében f. évi augusztus hó 17-ik napján délelőtt 10 órakor fog megejteni.

A megválasztott orvos állását szeptember 1-én tartozik elfoglalni; azon esetben, ha orvostudori oklevéllel bíró egyén nem pályázik, az állás esetleg szigorú orvossal, mint helyettesül is betölthető lesz.

Tornallya, 1905. évi július hó 23-án.
3-2 Szentmiklóssy, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyúrnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!
Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Fiatalt orvost

keres nagyobb részvénytársaság, Budapest közelében levő ipartelepe részére. Az állás nyugdíjjal van összekötve. Részletes ajánlatok a kiadóhivatalhoz intézendők: „Orvos 10217” jelige alatt, egyelőre okmányok becsatolása nélkül. 705

LASSNITZHÖHE

Graz mellett az államvasút mentén.

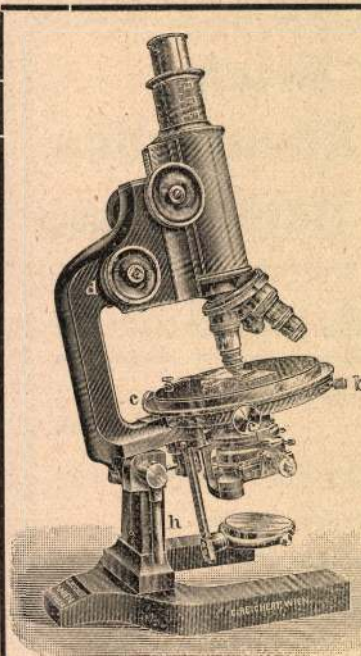
Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Felvilágosítással szívesen szolgál a kezelésért. Prospektusok díjmentesen.

„Bayer”

CONTRATUSSIN

„Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a
VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrassy-út 84.
Minden gyógyszerárban kapható.
Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.



Optikai intézet

C. Reichert

WIEN,

VIII., Bannogasse 24 és 26.

Különlegesség: Első minőségű

Mikroszkopok.

Tudatja a következő katalógusok megjelenését:

25. számú főárjegyzék. Mikroszkopok, új ultra-mikroskopi segédkészülékek, Mikrotomok, Hőmérők, Ferrométerek stb. Polarizáció-készülékek a nád- és szőlőcukor quantitativ megállapítására. Vetődési készülékek. Mikrofotografikus készülékek.

Uj fényerős fotografiai készülékek:

„Combinar” és „Solar”.

Katalógusokat a t. cz. érdeklődők kívánatra ingyen és bérmentve kapnak.

Dr. EMMERICH gyógyintézete

ideg-morphium-alkoholbetegek stb. részére.

Baden-Baden. Alap. 1890.

A morphium-elvonás legenyhébb módja kényszer és kin nélkül; a fecskendő rögtön nélkülözendő; a kúra 4—6 hétig tart. Prospectusok díjmentesen. (Elmebetegek kizárva.)

Tulajdonos és vezető orvos: Dr. Arthur Meyer. 2 orvos.

Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete

Budapest, Városligeti fasor 11.

Magánygyógyintézet idegbetegek, belbetegek és üdülők részére.

Felvétetnek **benlakók és bejárók.** — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villamos fényfürdők. — **Szénsavas fürdők.** — Diätetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell-gyógymód, diabetes kezelés, soványító gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kitűnő ellátás. — Mérsékelt árak.

Telefon 15—39. — Prospektus.

Igazgató-főorvos: Dr. GLÜCK GYULA

SANATOGEN

Javalva VÉRSZEGÉNYSÉG, ANGOLKÓR, IDEGGYENGESÉG, vérbomlás és kimerültségi állapotok minden fájánál mint leghathatósabb erősítőszert és megbízható idegzsongító. — Teljesen inger nélküli, kifogástalan

izű, betegek szívesen veszik be. Orvos uraknak kísérleti anyagot és irodalmat kívánatra ingyen és bérmentve küld

BAUER & CIE.

Sanatogenwerke, Berlin SW. 48.

Gichtarthritis Urica Polyarthritus Rheumatica és Gichtarthritis Deformans

legsúlyosabb eseteiben is, mesés hatás érhető el a

Kali Liniment. Zoltán-nal

Alkalmazása kényelmes.

Hatása biztos.

Beszerezése olcsó.

Készítője **Zoltán Béla** gyógyszerész

Budapest, V., Szabadság-tér.

Egy üveg ára 2 korona

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsói és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

(ü. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szövetelemek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsói bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik

Dr. Vas Bernát a laboratórium vezetője.
Poliklinika: VII., Hársta-utca 13-15. szám.

Elő- és utóidényben tetemes árengedmény. Idény május—október.

Téli kúrák október—április hónapokban.

Ásvány- és iszapfürdő DARUVÁR

a szlávon közephegység gyönyörű völgyében, a déli vasút állomása közvetlen összeköttetés Budapest és Béccsel.

Vastartalmú hőforrások és iszapfürdők.

Hőfok 34°—50° C. Márvány-, porcellán-, tükör- és lápfürdők. Hidegvízgyógykezelés. Fango-osztály (iszapgyógykezelések). Kiváló gyógyeredmények az összes női bajoknál, verszegénységnél, köszvényes és csúszó bajor, valamint idegbántalmaknál. Szép berendezésű lakosztályok, olvasó terem, kintülő fürdőzeneke, kölcsönkönyvtár, lawn-tennis, tekepálya és egyéb szórakozások. Remek sétányok az árnyas parkban és határos erdőben, érdekes kirándulások, legnagyobb kényelem, olcsó árak. Kintülő étkezés a fürdő-szállodában, havonta I. o. 92 K., II. oszt. 72 K. Prospektus és fölvilágosítással szívesen szolgál Daruvár fürdőbérlet igazgatósága.

D. R.-P.

Extern Salicyltherapia
(resorbáló, fájdalomcsillapító salicylszappanok és csók.)

Rheumasan Rheuma, csúsz, ischias, migrán,
pleuritis, influenza, tylosis.
tubus K 2.50; edény K. 1.50.

Ester - Dermanan
tubus K 3.—; edény K. 1.80.

Ester-Dermanan
Vaginal-Kapsulák
10 darab K 2.50.

Chemische Werke FRITZ FRIEDLÄNDER, G. m. b. H., Berlin W. 64.
Ausstr.-Magyarors. képviselője: Alex. Herkner, Wien, XVIII/2. Sallerigasse 2.

D. R.-P.

Tüdőbetegek gyógyintézete Sanatorium Wienerwald.

Vasuti állomás: **Pernitz**; postaállomás: **Ortmann, N.-Ö.**
Bécsből 2 1/2 órányi távolságban.

Nyáron és télen át nyitva.

Dr. Arthur Baer.

Dr. Hugo Kraus.

TARCSA GYÓGYFÜRDŐ VAS VÁRMEGYÉBEN.

Glaubersó-tartalmú szénsavdús, vas-források.

A legújabb módszerek szerint berendezett **pezsgő- és ásványvíz-**, valamint **vasláp- (Moor)-fürdők**. Újonnan épült **hidegvízgyógyító-intézet** férfi- és női osztályokkal. Kellemes, hűvös éghajlat, a kényelem minden igényének megfelelő olcsó lakások, villamvilágítás, jó vendéglők, gyógyszerár, naponta kétszer zene, szép kirándulások. A női szerek bántalmait, sápkór, verszegénység, továbbá a légzési és emésztési szervek bajait ellen kiváló orvosi tekintélyek ajánlják.

Évad május hó 21-től szeptember hó végéig.

Az évad kezdetétől június 15-ikéig és augusztus 15-ikétől szeptember végéig tetemesen olcsóbb árak. Fölvilágosítással szolgál és kívánatra prospektust küld a **fürdőigazgatóság**. Állandó fürdőorvos: **Dr. Barta Kornél**, v. tanársegéd. **Tarcsai Károly-forrás** különösen mint óvász, járvány esetén kintülő ivóvízzel ajánlható. Megrendelések Tarcsa fürdőigazgatóságához intézendők. Vidéki városokban és nagyobb helyeken, minden ásványvíz-kereskedésben és jobb fűszerüzletben kapható. **Vasúti állomás, posta és távírda helyben.** Budapestről és Győrből naponta **Tarcsa-fürdő** fölíratú közvetlen I. és II. osztályú kocsik közlekednek oda-vissza.

MIKOLASCH-féle

* SULFOGUAJACOL-SZÖRPF *

készíti

Mikolasch Péter és társa, Lemberg.

Főraktár Magyarország részére:

Török József, Budapest, VI., király-u. 12.

Ára üvegenként 2 kor. — Kolával üvegenként 2.50 kor.

Mikolasch-féle Sulfoquajacol-szörp a lebergi orvosi iparegyesület véleményezése szerint a hatást illetőleg azonos a sirolinnel, sulfosollal és hasonló készítményekkel, de izre nézve jobb és felével olcsóbb. A Mikolasch-féle Sulfoquajacol-szörp olcsó ára lehetőséggé teszi ennek rendelését a kevésbé jómódúaknak is.

Javallatok:

Tüdőtuberkolózisnál, hörghurtnál, bronchitisnél, skrofulosznál, influenzánál stb. A köpet, éjjeli izzadás, köhögés stb. gyors csökkentésére. Az étvágyat, táplálkozást és testület emeli. Orvosi előírás folytán csak gyógyszerárakban kapható.

Rodagen

Új specifikus gyógyszer

2 grammos tablettákban vagy por alakjában.

Morbus Basedowii ellen

(V. ö. Burghart & Blumenthal. Festschrift für E. v. Leyden, 1902, pg. 251.)

Irodalom
ingyen.

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft, Charlottenburg, Salzufer 16.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. MAGÁNTANÁR,
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT Bókay János szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza és ifj. Klug Nándor szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarzi Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Királyfi Géza: Közlemény az egyetemi II. számú kórbonczatani és kórszövettani intézetből. (Igazgató: Pertik Ottó dr. egy. ny. r. tanár.) A gümőkór placentaris fertőzése. 568. lap.

Haberfeld J. Emil: Közlemény a Budapest fő- és székvárosi régi szent János-kórház vegyes osztályából. (Osztályvezető főorvos: Polyák Lajos dr.) Therapiai vizsgálatok digitalinnal (Digitoxinum solubile Cloetta). 571. lap.

Jendrassik Ernő: A neurastheniáról. 573. lap.

Tárca. Győry Tibor: Semmelweis. 575. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Eugen Holländer: Die Medizin in der klassischen Malerei. — Robert Müllerheim: Die Wochenstube in der Kunst. (Gy.-y.) 579. lap. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Kraemer: A tuberculosis gyakoriságáról. — A pneumococcusok gyakorisága egészséges emberek nyálában. — Belgyógyászat. J. Meyer: Facialis-hűdés. — Naunyn: Bélconcrementum. — Penzoldt: Gümőkóros pyopneumothorax gyógyult esete. — Güschel: A laparotomia hasznáról hashártya-gümőkór eseteiben. — Bergh: Enterogen cyanosis. — Idegbajok. Strümpell: Az epilepsia kezelése. (Kollarits Jenő.)

— Alessandrini: Az agyvelőkéreg solitaer tuberculumanak műtéve. (Kollarits Jenő.) — Briand és Tissot: Családi morphinismus. (Kollarits Jenő.) — Sebészet. Moore: A gyomortartalom szabad sósavának hiánya vagy jelentékeny megfogyatkozása nemcsak gyomorrákban fordul elő, hanem a legkülönbözőbb tájakokon és szervekben fejlődő egyéb rákokban is. (Pólya.) — Haberer: Treitz-féle sérv műtett esete. (H. P.) — C. Hofmann: A hólyagvarrat kérdése sectio alta után. (Gergő.) — Turner: A térdizületek arthrodiesisnek technikája. (Gergő.) — Bőr-kórtan. Jacob és Fulton: Keratosis palmaris et plantaris mint öröklékeny családi betegség. — Lipschütz: Jothion. (Guszmán.) — Kisebb közlemények az orvostudományról. Grisson: Idült veselőb kezelése. — Rénon: Idült tüdőgümőkór gyógyítása. — Raschkow: Neuronal. 579-582. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Állami elmegyógyintézeti kinevezések. — Kinevezések. — Elhunyt. — Kisebb külföldi hírek. — A francia orvosok átlagos életkora. — A pasteurizált tej veszélyes volta. — Idegen orvosok Svájcban. — Veszettség egerharapástól. — A füstbelehelés következményei tüdőfőzők. — A nagy-mihályi kórháznak kimutatása 1904-ről. — Hibaigazítás. — Hazai fürdőink személyforgalma. — A budapesti egyetemi I. számú női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika. — A főváros egészsége. 582-583. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az egyetemi II. számú kórbonczatani és kórszövettani intézetből. (Igazgató: Pertik Ottó dr. egy. ny. r. tanár.)

A gümőkór placentaris fertőzése.

Irta: Királyfi Géza dr. egyetemi tanársegéd.

A gümőkóros fertőzés útjainak megállapítása igen széleskörű tudományos munkálkodásra ösztönözte a vizsgálókat. A fertőzés kapujára és terjedési útjaira nézve még a gümőkór szerzett alakjánál sincs egységes megállapodás a vizsgálók között. Elég csak az inhalációs, ingestiós és inoculációs teoriára utalnunk, a szerint, a mint a légzési levegőt, a tápanyagokat vagy a közvetlen érintkezést tekintjük az infectio forrásának. A fertőzés további terjedésében is a különböző szerzők kísérletes vizsgálataik alapján saját felfogásaiknak igyekeznek érvényt szerezni, a szerint, hogy a bronchialis, illetve mesenterialis mirigyeknek vagy a szervezet egyéb nyirokapparatusainak egyrészt, másrészt a vértaknak az infectio továbbterjedésében milyen szerepet tulajdonítanak. És e szerint némelyek lymphatikuss, mások haematogen, ismét mások a kettő egyesítésével lymphatico-haematogen úton való tovaterjedésről beszélnek.

Ép úgy divergálnak a nézetek a congenitalis tuberculosis eredetére nézve. Mindenesetre a szerzett infectio forrásának a kutatói kényelmesebb, könnyebb helyzetben vannak. Mert hisz a fertőzés külső körülményei szemeik előtt vannak és a szigorú pontos megfigyelés a kutató munkáját megkönnyítheti. De nem úgy a veleszületett infectióknál, a hol intrauterine, tehát szemünkkel, megfigyelésünkkel nem követhető módon következik be a fertőzés ott és olyan körülmények között, a melyeknek ellenőrzése hatalmunkban nem áll. Míg a vizsgálók egyik csoportja a gümőkóros fertőzésnek tényleg veleszületett alakját egyszerűen tagadja és csak az öröklött dispositiót — a mely pedig voltaképen még mindig egyike a nagy és kellőleg nem definiált pathophysiologiai

fogalmaknak — hajlandó elfogadni, addig mások a kórokozónak az utódokra való direkt átvitelét hangoztatják. És itt, a gümöbaccillus közvetlen átvitelénél ismét kétféle ágazódnak a vélemények. Némelyek a placéntát tartják az infectio kapujának; mások az úgynevezett germinatív átvitelről beszélnek, a melynél a tuberculosis-bacillus közvetlenül, a petesejtrel vagy az ondószálasával vitetnék át a magzatra.

A kérdés mai állása szerint a tudományos világ körülbelül elismeri a placentaris fertőzés lehetőségét. A milyen hiányosak és gyenge alapon állók a germinatív theoria rendelkezésére álló bizonyítékok, annyira meggyőzőek a placentaris elmélet mellett felhozott egyes kísérleti eredmények. Minthogy azonban a kérdés még mindig az actualitás jellegével bír, az akták felette lezárva nincsenek, az adatgyűjtés munkája még mindig folyamatban van és a meglevő adatokat újabb pozitív észlelettel gyarapítani sohasem hiábavaló fáradság: jogosultnak vélem alábbi esetemnek közlését, mint a mely szintén a tuberculosisnak placentaris fertőzése mellett teljes positivitással felhasználható.

Talán az elsők, a kik a gümöbaccillusnak placentaris úton való átvitelét kétségtelenül beigazolták, Birch-Hirschfeld és Schmorl^{2,3} voltak, a kik hetedik hónapban terhes, acnt miliaris tuberculosisban elhalt nő magzatjának szerveiből oltások által a kísérleti állaton tuberculosisot tudtak előidézni, valamint a köldökvenében, a magzati májból készült metszeteken, továbbá a placéntában tuberculosis-bacillusokat voltak képesek kimutatni.

A placéntának tuberculosisra jellegző szöveti elváltozásait gümőkórban elpusztult terhes nőnél Schmorl és Kochel⁴ mutatták ki, valamint Lebmann,⁵ a ki a placéntában görcsö alatt tipikus miliaris gümöket talált óriássejtekkel és bacillusokkal. De a placentaris tuberculosis teljes histológiáját Schmorl⁶ dolgozta fel. Geipellel együtt végzett vizsgálataiból kiderül, hogy a placenta minden részlete megbetegedhet gümőkór kapesán. A gümös fertőzés szerint nemcsak a terhesség végén következik be, hanem már a korábbi hónapokban is és ekkor a basalis deciduán jelentkezik. Fontos továbbá, hogy nemcsak miliaris tuberculosis és előrehaladt tüdőphthisis esetén, hanem még egészen kezdődő tüdőaffectióknál is gümös elváltozások találhatók a placéntán. Placén-

taris gümös elváltozások a vizsgált esetek 45%-ában voltak feltehetőek.

Thiercelin és *Londe*⁷ tüdőgümőkóros anya négy napos gyermekénél a májban, lépben, vesékben számos gümöbacillust találtak, és a köldökdégy vérenek injectioja által tengerimalacznál tuberculosist voltak képesek előidézni. *Lyle*⁸ esetében az anya két nappal a szülés után elrehaladt tüdőtuberculosisban halt meg és a 2½ hónapos gyermek boncolásakor igen kiterjedt sajtos góczokat talált a májban, lépben, vesékben, valamint tuberculosis-bacillusokat mutatott ki a hörgi mirigyekben; itt is a placenta útján terjedő anyai vért kellett a fertőzés forrásának tekinteni. *Heitz*⁹ esete idült phthisisben elpusztult nő hat hónapos magzatjára vonatkozik, a kinek májából, valamint az anya placentájából egyes részleteket két tengerimalacz hasüregébe vitt, a melyek később jellemző gümös elváltozásokat mutattak. *Bugge*¹⁰ hasonló esetről tesz említést. Tüdőtuberculosisban elpusztult asszony magzatjában, a ki a terhesség nyolczadik hónapjában született és a születés után 30 órával halt meg, a nélkül, hogy makro- vagy mikroszkopikusan gümös elváltozások forogtak volna fenn, a májból készült metszeteken néhány gümöbacillus volt látható és a tüdővel, májjal és a vena umbilicalis vérevel oltott tengerimalaczok tuberculosisban pusztultak el. A foetalis tuberculosisnak placentaris eredése mellett még számos egyéb klinikai megfigyelés is történt, a melyek között röviden csupán *Charrin*,¹¹ *Denne*,¹² *Merkel*,¹³ *Berti*,¹⁴ *Armanni*,¹⁵ *Jacobi*,¹⁶ *Rindfleisch*,¹⁷ *Saboureaud*,¹⁸ *Auclair* és *Chamberlant*¹⁹ neveire utalunk.

Az állatgyógyászat köréből is a gümőkórnak placentaris átvitele mellett értékesíthető számos tapasztalat áll rendelkezésre. *Schroeder*²⁰ tuberculosisban elpusztult marha 6—7 hónapos magzatján az összes nyirokmirigyekre és a lépbe kiterjedő tuberculosist észlelt. *Messner*²¹ valamint *Zincke*²² ikerborjakat észleltek, a melyekben az anya tuberculosis mellett különösen a portalis mirigyek elsaajosodásával, elmeszesedésével járó, kiterjedt gümőkórt lehetett megállapítani. *Lungwitz* és *Kockel*²³ két esetet közölnek, a hol az anyaállatokban előrehaladt általános gümőkór mellett a méhnek és a cotyledonoknak nagyfokú gümös elváltozása volt jelen, a magzatban pedig a belső szerveknek jelentékeny fokú sajtos, gümös megbetegedése. *Thon*²⁴ meningitis tuberculosisában elpusztult és a mellett a mellkasi és hasi szervek kiterjedt gümőkórt mutató tehénről tesz említést, a melynek magzatján a portalis, bronchialis és mesenterialis mirigyek infectioját constata. Az állatpathologia köréből a foetalis tuberculosisra, illetve a placentaris fertőzésre nézve ezenfelül ismertettek egyes észleleteket *Intoni*, *Rabus*, *Johne*, *Malvoz* és *Brouvier*, *Bang*, *Csokor*, *Fadyean*, *Siegen* és *Nocard*.

Az *experimentalis vizsgálatok* között igen érdekesek *D'Arrigo*²⁵ kísérletei, a ki egyrészt tuberculosissal inficiált nőtény tengerimalaczokat egészséges hímekkel teherbe ejtetett, másrészt teherben levő egészséges állatokat a terhesség 15. napján tuberculosissal fertőzött, hogy ezután a tuberculosisnak a placenta való átvitelét tanulmányozza. Szerinte a placenta tapadási helyén a vérrel első sorban a gümöbacillus toxinjai haladnak keresztül a méhen, ezek különböző edénysértéseket okoznak, először az anyai, majd a magzati placentaris edényeken és csak, miután a toxikus ártalmak így a talajt mintegy előkészítették, következik be a bakteriumok megtelepedése. Érdekes *experimentalis vizsgálatokat* tettek közzé tovább *Landouzy* és *Martin*,²⁶ *De Renzi*,²⁷ *Kouba-soff*,²⁸ *Gärtner*,²⁹ *Cavagnas*³⁰ és *Calabrese*.³¹

Ezekkel szemben vannak szerzők, a kik a placentaris fertőzés lehetőségét tagadják, vagy fennállását legalább is csupán a legkritikább esetekre szorítják. Ide tartozik *Ascoli*,³² de még inkább *Cozzolino*,³³ a ki kísérleti vizsgálatai alapján a tuberculosisnak placentaris átvitelét egyenesen kizártnak tartja. Hasonlóképen nyilatkozik *Heinemann*,³⁴ a ki előrehaladt phthisisben szenvedő három nőtől származó foetusokat vizsgált meg igen tüzetesen, a nélkül, hogy a magzati szervezetben a fertőzésnek legkisebb nyomaira is akadt volna. Szintúgy negativ eredménnyel végződtek *Bors*³⁵-nak idevágó vizsgálatai is, és *Lubarsch*,³⁶ a ki egyébként a placentaris gümös fertőzés lehetőségét nem tagadja, öt esetében hiába kereste a phthisikus asszonyoktól származó magzatok szervezetében a gümőkór bacillust vagy a gümőkóros elváltozásokat.

Jelen észleletem egy H. Julia nevű 32 éves cselédre vonatkozik, a ki folyó (1905.) év márczius hónapjában előrehaladt tüdőtuberculosis tüneteivel, a terhesség 7. hónapjában vétetett fel a szt. Rókus-kórház belgyógyászati osztályára. Egy éve beteg, belgyógyászati diagnózis: phthisis pulmonum. Primapara. Márczius 29.-én erős szülőfájdalmak indulván meg, a beteg a szülészeti osztályra tétetik át. A nagyfokú dyspnoé miatt a szülés művi befejezése indikált, 3 ujjnyi méhszájnal bürokrepestés, Braxton-Hicks-fordítás és extractio után világra hozzák a magzatot. Az élő fiúmagzat egy óra múlva meghal. Az anya az abortus után egy nappal, márczius 30.-án hal meg. A sectiót a Rókus-kórházi prosecturán márczius 31.-én végeztük. A bonczjegyzőkönyvnek néhány idevágó fontosabb adatát az alábbiakban közlöm.

A tetem középtermű, jól felett, rosszul táplált, lesóványodott. A köztakaró színe igen halvány; hátán néhány szederjes livid hullafolt. Kulcsfeletti és alatti árkok besüppedtek; mellkas lapos, hosszú, bordaközüik kifejezettek. Emlők nagyok, mirigyes tapintatúak; bimbóudvar erősen pigmentált, emlőből nyomásra sárgás színű colostrum ürül; linea alba erősebben festenyzett. Tüdők a fali pleurával, legerősebben a csúcsokon, összenöttek; szívburok két tenyérnyi terjedelemben szabadon fekszik. A *tüdők* középnyagok, kevésbé légtartók, egész terjedelmükben kisebb-nagyobb lencse egész mogyoró-diónyi vagy még nagyobb egyenetlen. ellenálló göcsöktől áthatottak, széleiken lőszörpárna-helyenként légpárnatapintatúak. A metszlapon a *csúcsokban* mogyoró-diónagyságú sajtos, részben meszes területek, melyek szívós, heges és palaszürkésen elszíneződött kötőszövettel vannak körülveve. Egyes területeken a kisebb-nagyobb összefolyó góczok közepén igen finom apró kis lumen látható, melyet sajtos gyűrű vesz körül; másutt a kicsiny lumen fala is egyenetlen, czafatos szélű, mely éles határok nélkül megy át a környező sajtos szövetbe. Helyenként nagyobb területre kiterjedten összefolyó, légtelen, sárgás színű, száraz, törékeny, elsaajosodott góczok láthatók, a melyeket kisebb-nagyobb légtartó tüdőszövet vesz körül. A *jobb tüdő közepső lebenyében*, az elmeszesedések hiányával, az elváltozások körülbelül hasonlóak; a közepső lebeny alsó, valamint az *alsó lebeny felső részén* az elváltozások fiatalabb stadiuma észlelhető, a mennyiben túlnyomóak ugyan a disseminált, részben már sárga, száraz, intransparens gümők, de a kezdődő elsaajosodásnak megfelelőleg részben még szürkék és áttűnők. Az alsó lebenyeknek alsó része nagyobbára még különálló, el nem sajosodott, szürke, transparens gümöktől áthatott, a melyeket mindenütt erősen vérbő és légtartó ép tüdőszövet környékeztet. A *bal tüdőben* is az elváltozások a felső lebenyekben a legrégibbek; a csúcsokban elsaajosodás mellett elmeszesedésekkel, az idült tüdőgümőkórnak legkülönbözőbb formáival, az alsó lebenyek felé haladva mindinkább kisebbfokú, fiatalabb korú elváltozásokkal, egészen a gombostüfejni vagy a miliaris gümőkig, találkozunk. A peribronchialis és peritrachealis *mirigyek* megnagyobbodottak; metszlapjuk szürkés, szürkésárga, különálló vagy összefolyó, transparens vagy már elsaajosodott góczokkal tarkított. A többi szervben semmi nevezetesebb kórbonczatani elváltozás, csak a májnak kissé erősebb paranchymás duzzanata, kezdődő zsíros degeneratioja; a lépnek mérsékelt megnagyobbodása, a pulpának kisebbfokú ellágyulásával. A *méh* jelentékenyen megnagyobbodott, körülbelül a terhesség 6.—7. hónapjának megfelelő; állománya felpuhult, lágy, szakadékonny; ürét nagyobb mennyiségű véralvadék tölti ki; a deciduává átalakult nyálkahártya legnagyobb terjedelmében hiányzik.

Diagnos: Status puerperalis post abortum. Mammae colostrum secernentes, uterus puerperalis.

Tuberculosis chronica pulmonum et quidem: tuberculosis chronica caseosa partim calcificata apicum cum cicatricibus pigmentosis. Bronchitis et peribronchitis chronica caseosa; tuberculosis peribronchialis et perivascularis caseosa; bronchopneumoniae caseosae disseminatae loborum superiorum et lobi medii pulmonis dextri. Tuberculosis chronica disseminata partium superiorum et tuberculosis subacuta et acuta miliaris partium inferiorum loborum inferiorum pulmonum.

Pleuritis chronica adhaesiva bilateralis, praecipue apicum pulmonum. Lymphadenitis chronica caseosa glandularum peri-

bronchialium et peritrachealium. Tumor lienis subcutis. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Anaemia maioris gradus organorum.

A magzat, mely az anya hullájával együtt küldetett be a prosecturára, 34 cm. hosszú; bőre élénkvró. A belső szervek tökéletesen épek. A máj az ébrényi kornak megfelelőleg nagy és erősen vérbő. A magzat egész szervezetének pontos makroszkopikus átvizsgálása után sehol — lépben, májban, tüdőben vagy egyéb szervekben — gümőknek semmi nyoma.

A makroszkopikus lelet negatív volta miatt főnököm, Pertik tanár úr megbízott, hogy a szervek gümős voltának kérdését oltások útján döntsem el. Lehetőleg tökéletes sterilitással kívánva dolgozni, a vizsgálatot úgy végeztem, hogy sterilizált műszerekkel a magzat májából és lépéből kicsiny, körülbelül 2 cm²-nyi részleteket kimetszettem és kivételük után azonnal steril csészécskében steril bouillonba helyeztem; a bouillont többször változtatva, a szervrészleteket lehetőleg kimostam. Kihevített üvegpálcza segítségével azután a bouillonban áztatott máj-, illetve lépdarabkákat gondosan összezsúrtam. Az első csészécskét, a mely nagyobbára csak vért tartalmazott, elöntöttem és csupán a mondott szervek hígított pépjét, illetve emulsióját használtam fel a kísérlethez. 5—10 percznyi zúzás és keverés mellett t. i. elérhetjük azt, hogy a bouillonban valóságos máj-, illetve lépemulsiót nyerjünk, a mely a májparenchyma, illetve a lép-pulpa kiáztatott sejtjeit, a capillariskorát és mindazon egyéb anyagokat is tartalmazza, a melyek a parenchyma és a vérsejtekben akár oldott állapotban, akár mint corpuscularis elemek foglaltatnak. Az, a mi visszamarad, az a szerveknek, a májnak és a lépnek tisztán támasztó szövete, stromája, kötőszöveti gerendázata, a melyet, mint a kísérletre hasznavehetlent, félretehettünk. Az ilyen módon elkészített máj- és lépemulsióval végezzük az állatoltásokat. Kihevített sterilizált Pravaz-feeskendővel 1 cm³ nyit feeskendőnk tengerimalacz bőre alá.

Jelen vizsgálat céljaira három tengerimalaczt használtam fel. Egyiket a lép-, a másik kettőt a májemulsióval oltottam és pedig az utóbbiak egyikét a máj-bouillon keverék első, másodikat a második részletével. Minthogy az asepsis szabályait a boncolásnál kellőleg figyelembe nem vehettem, két tengerimalacz e körülménynek áldozatul is esett. Az oltás után hat nappal a májemulsió első részletével oltott tengerimalacz elpusztult, az oltás helyén körülbelül mogorónyi tályoggal és a parenchyma szervek kisebbfokú ellágyulásával. Tíz nappal az oltás után — sajnos — elpusztult a lépemulsióval oltott tengerimalacz is; a boncolat teljesen negatív. A májsejt-vér-bouillon keverék második részletével subcutan oltott tengerimalacz volt csupán ilyen módon a kísérlet céljaira felhasználható.

Az oltást 1905. márczius 31.-én végeztem és a malacz június hó 6.-án, tehát 68 nappal, közel 10 héttel az oltás után pusztult el. A betegség jelei az állaton a halál előtt két héttel voltak feltűnőbben észlelhetők. Az ugyanazon nap végzett boncolat eredménye a következő:

Az oltás helyén, a mely a has alsó harmadának felel meg, a középvoaltól kissé bal felé egy körülírt, jókora mogorónyi sajtos gócz, a mely mellett még egy kisebb, lencsényi, ellágyult, sajtos, genyes gócz foglal helyet. Hasonló, bab nagyságú, sajtos terület jobboldalt, a hasfal alatt. A bal *inguinalis* tájon egy jelentékenyen megnagyobbodott, mintegy főtt bab nagyságú, metszlapján sárga színű, elsajtosodott mirigy. A baloldali axillaris mirigyek is duzzadtak, borsónyiak, lencsényiek, tömöttek, metszlapjukon azonban egyneműek, szürkés-vörösesek, elsajtosodást nem mutatnak. A *mesenterialis* mirigyek mérsékelten megnagyobbodottak, borsónyiak, mogorónyiak, eléggé tömöttek, egyenletes metszlapúak, a melyen elsajtosodás még nem constatálható, különösen megnagyobbodott egy a radix mesenterii előtt fekvő nyirokmirigy. A lép rendes nagyságának körülbelül 5—6-szorosára megnagyobbodott, 2½—3 cm. hosszú, 2 cm. széles; felszínén a tok alatt számos apró, kölesnyi egész gombostüfejnyi, transparens szürke vagy szürkés-fehéres-sárga és intransparens kiemelkedő gümő látható; szintúgy metszlapja is hasonló küllemű gümőkkel teleszórt. Máj is jelentékenyen megnagyobbodott, felszíne sima, rajta el-

szórva a niveauból alig kiemelkedő, gombostüfejnyi transparens szürke góczocskák; metszlap sötétvró, erősen vérbő, rajta szintén hasonló küllemű, apró, kissé kiemelkedő gümők. Az egyik *retroperitonealis mirigy* kis babnyira megnagyobbodott, egyenletes, tömött tapintatú. A jobb tüdő élénk rózsaszínű, mindenütt serezeg, lószörpárnapintatú, légtartó, metszlapjáról finoman habzó savó kaparható le; szabad szemmel elszórva láthatók benne szürkés, transparens, kissé kiemelkedő, gombostüfejnyi góczocskák. A bal tüdő nagyjában véve a jobbhoz hasonló, szintén mindenütt sejt, légtartó; tapintásra lószörpárnához hasonló, metszlapjáról habzó savót ürít; a felső lebenyben egy jókora gombostüfejnyi, az alsó lebenyben hasonló, szintén gombostüfejnyi szürkés, kiemelkedő göböske. A szív körül, a *mediastinum anticumban* és *posticumban* hatalmasan megnagyobbodott nyirokmirigyek láthatók. A sternum alatti mirigy jókora babnagyságú, majdnem teljesen ellágyult, a metszlapon fehér, fehéres-sárga, elsajtosodott, részben elgenyedt. A hátsó gátorban, a szív mögött két másik, jelentékenyen megnagyobbodott mirigy, illetve mirigy-paquette, a mely még eléggé tömött, el nem lágyult, metszlapja is szürkés, szürkés-vöröses színű és elsajtosodást nem mutat.

Az oltás helyén képződött mogorónyi, sajtos gócz bennéket tárgylemezre kivenve, Gabbet szerint megfestettem. Nagyobbrészt szétesett, degenerált genyesejtek, törmelék, detritusból álló massa volt látható gócsok alatt és elszórva egyes, a specifikus festéssel szép vörösrre festődő gümöbacillusok. Az *inguinalis* elsajtosodott mirigy, a jobboldali hasfali sajtos gócz és a *mediastinum anticumban* fekvő babnyi sajtos mirigy bennéke kikent készítményeken szintén pozitív eredményt adott, bár a bacillusok gyér számúak voltak és többször szemesesen szétesett, involutiós alakokat mutattak. Van Gieson-festéssel a tengerimalacz tüdeje, lépe, mája és számos megnagyobbodott nyirokmirigye lett mikroskoppal pontosan átvizsgálva.

Mikroskóp alatt a tüdőben nagyjában az alveolusok között, az interstitiumban kisebb-nagyobb, többé-kevésbé körülírt góczocskák láthatók, a melyek leginkább az edények körül, perivascularisan helyeződnek el. Legnagyobbrészt kicsi, kerek, jól festődő maggal bíró, lymphocytákból álló sejthalmazok, a melyeknek centralis részét helyenként egynemű, homogén, halványvörösrre színeződött massa foglalja el, a melyen belül sejthatárokat, magfestődést nem látunk, csupán az elpusztult, szétesett magvaknak maradványait egyes szabálytalan rögök és pontok alakjában. Ezen elhalt, elsajtosodott központi rész körül a lymphocyták között rendkívül finom, fibrillaris reczés szerkezet constatálható. Egyes ilyen területek legszélei részein néhány legömbölyödött, nagyobb maggal, szélesebb protoplasmával bíró, a hámsejtek típusához közeledő sejt foglal helyet, a melyek epitheloid-sejteknek felelnek meg. A tüdő egyes részein több kisebb ilyen terület összefolyva, egy nagyobb terjedelmű góczot alkot. Óriássejtek sehol nem találhatók. A lépben hasonló jellegű, kisebb-nagyobb területek, a melyek lymphocytákból állván, a lép szöveti állományától nem is igen határolhatók el. De jellemző rájuk itt is a centralis elsajtosodás. A lép egész szövete ilyen apró, elsajtosodó gümőkkel teleszórt. A májban is nagy számmal és mindenütt a vena portae mentén mutatkoznak e körülírt lymphoid gümők, azon különbséggel, hogy ezeknél még a központi elsajtosodás is hiányzik. Az *inguinalis mirigyben*, az egyik *mediastinalis*, valamint az egyik *mesenterialis* mirigyben gócsok alatt kiterjedt nagy elsajtosodások, vagy különálló kisebb nekrotikus területek. A radix mesenterii előtt fekvő mirigy, valamint az axillaris megnagyobbodott mirigyek csak sejtes hyperplasiát mutatnak, elsajtosodások nélkül. Óriássejtek a lép-, a máj- és a mirigymetszetekben épen úgy hiányoztak, mint a fennebb vázolt tüdőgócokban. Gümöbacillusok anilinvizes fuchsin- és polychrommethylenkék-festéssel az elsajtosodott mirigyekből készült gócsos metszeteken is ki voltak mutathatók.

* * *

Jelen észlelet kétségtelenül igazolja, hogy itt a *tuberculosis bacillusok* az anyai vérből a placentán át vitettek be a magzati organismusba. A haematogen fertőzés útjait követő bacillusok első sorban a placenta vérével közvetlenül közlekedő köldökzsinór

venájába kerültek és a vena umbilicalissal a köldökgyűrűn áthaladva jutottak be a magzati venae hepaticae advehentes útján a májba, a hol azután az apró capillarisokban megfészkelődtek. A májnak olyanfokú maceratioja mellett, a melynél csak a kötőszöveti váz marad vissza, természetes, hogy a capillarisokba vagy esetleg már a sejtekbe jutott bakteriumok az oldó folyadékba, ez esetben a bouillonba, belejutnak és egy más állati szervezetbe vitetve, ott ismét megtelepszenek, szaporodnak és a specifikus elváltozásokat előidézőni képesek. Hasonló célú és irányú kísérletek a legtöbb szerzőnél szintén akkor sikerültek leginkább, ha az állatoltásokat a magzat májával végezték. Ez is a mellett szól, hogy a placentát kell az infectio forrásának tekinteni; mert az ébrényi vérkeringés törvényei mellett az első stáció, a melyen az anyai vérben suspendált alkatrészek a magzatban megfészkelődhetnek, a májon vezet át. És bár ezzel a dispositiót, mint számos körülménynek a tuberculosis fertőzésre kedvező összejársását, elvitatni nem is akarjuk, mégis valamint ezen kísérlet, úgy számos egyéb pozitív tapasztalat mellett egyeseknek, különösen Cozzolino-nak azon merev tagadó álláspontja, a melyet a gümőkór placen-taris fertőzésével szemben elfoglalnak, meg nem állhat.

Végül kedves kötelességet vélek teljesíteni, a midőn ősziinte köszönetemet fejezem ki mélyen tisztelt főnökömnek, *Pertik Ottó* egyet. tanár úrnak, a ki szíves volt figyelmemet e tárgyra felhívni és a ki nagybecsű tanácsaival és támogatásával, a melyben munkám alatt részesíteni kegyes volt, a legmélyebb hálára kötelezett.

Irodalom. 1. *Pertik*: Pathologie der Tuberkulose. (Lubarsch-Ostertag: Ergebnisse der allgem. Pathologie. VIII. Jahrg. 1902. II. Abteil.) — 2. *Schmorl und Birch-Hirschfeld*: Übergang von Tuberkelbacillen aus dem mütterlichen Blut auf die Frucht (Ziegler's Beitr. Bd. IX. 1891. p. 428—439.) — 3. *Birch-Hirschfeld*: Über die Pforten der placentaren Infection des Foetus. (Ziegler's Beitr. Bd. IX. 1891. p. 384.) — 4. *Schmorl und Kockel*: Über placentare Tuberkulose. (Centralbl. f. Gesundheitspf. Bd. XVIII. 1894. p. 658. u. Ziegler's Beitr. Bd. XVI. 1894. p. 313—339.) — 5. *Lehmann*: Weitere Mitteilungen über Placentartuberkulose. (Berl. klin. Wochenschr. 1894. No. 26—28. u. Centralbl. f. Gesundheitspf. Bd. XIX. 1895. p. 886. Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 9.) — 6. *Schmorl und Geipel*: Tuberkulose der menschlichen Placenta (Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1904.) — 7. *Thiercelin et Loude*: Médecine moderne 1893. p. 398. — 8. *Lyle*: Congenital tuberculosis (Philadelphia med. Journ. 1900. aug. 4.) — 9. *Heitz*: Transmission placentaire du bacille de Koch au foetus dans un cas de tuberculose pulmonaire à marche rapide. (Revue de la Tuberculose. 1892. No. 3. p. 271—278.) — 10. *Bugge*: Centralbl. f. Bakt. Bd. XVIII. 1895. p. 453. — 11. *Charrin*: Lyon médicale 1873. p. 295. — 12. *Denne*: 20. medic. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals in Bern, 1882. — 13. *Merkel*: Erster Bericht zur Sammelforschung. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. VIII. 1884. No. 6. p. 559.) — 14. *Berti*: Boll. delle Scienze. Med. di Bologna 1882. — 15. *Armanni*: Atti del X. Congr. intern. di Berlino Vol. V. Abt. 15. p. 52. — 16. *Jacobi*: Congr. pour l'étude de la tuberc. 1891. — 17. *Rindfleisch*: Verhandlungen der deutschen Naturforscher u. Ärzte in Bremen (2. Teil p. 191. Leipzig 1891.) — 18. *Saboureaud*: Tuberculose congénitale. C. R. de la Soc. de Biol. 1891. p. 674. — 19. *Auclair und Chamberlant*: Münch. med. Wochenschr. 1898. p. 616. — 20. *Schroeder*: Über einen Fall von fötaler Tbc. (Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene 1900. Heft 3. p. 79—80.) — 21. *Messner*: Zwei Fälle von kongenitaler Tbc. (Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene 1900. Heft 7. p. 135—136.) — 22. *Zincke*: Angeborene Tuberculose bei Zwillingen. (Rundschau a. d. Gebiet der Fleischbeschau 1901. No. 20. 164—166.) — 23. *Lungwitz und Kockel*: Über placentare Tuberkulose beim Rind. (Ziegler's Beitr. Bd. XVI. 1894. p. 294.) — 24. *Thon*: Tuberkulose Gehirnentzündung bei einer Kuh und Infection des Fötus (Deutsche tierärztl. Wochenschr. Jahrg. 9. Hannover 1901. No. 1.) — 25. *D'Arriago*: Beitrag zum Studium der erblichen Übertragung der Tuberc. durch die Placenta (Centralbl. f. Bakt. Bd. XXVIII. 1900. No. 20. p. 683—691.) — 26. *Landouzy et Martin*: Faits expérimentaux sur l'hérédité de la tuberc. (Revue de méd. 1883., 1891.) — 27. *De Renzi*: La tischezza polmonare Napoli 1883.) — 28. *Kaubaoff*: Passage des microbes pathogènes de la mère au foetus (C. R. de l'Acad. de Scienc. 1885.) — 29. *Gärtner*: Über die Erblichkeit der Tuberkulose (Zeitschr. f. Hyg. und Inf. Bd. XII. 1893.) — 30. *Cavagnis*: Atti dell'istituto veneto 1885—1886. No. 4. — 31. *Calabrese*: Giorn. intern. delle Scienze Med. Napoli 1893. Anno XV. — 32. *Ascoli*: Über die Erblichkeit der Tbc. (Ann. d'Igiene sperimentale 1901.) — 33. *Cozzolino*: Über die Übertragbarkeit der Tuberkulose auf dem Wege der Placenta (IV. Congr. pediat. ital. 1901.) — 34. *Heinemann*: Über die bacilläre Heredität der Tuberkulose (Inaug.-Dissert. Würzburg 1900.) — 35. *Borst*: Berichte über Arbeiten aus dem pathol. Institut der Univ. Würzburg 1901. IV. S. 301. — 36. *Lubarsch*: Über den Wert des mikroskopischen Tuberkelbacillennachweises für die ärztl. Praxis. (Deutsche Ärzte-Ztg. 1901. H. 20. p. 457—459.)

Közlemény a Budapest fő- és székvárosi régi szent János-kórház vegyes osztályából. (Osztályvezető főorvos: Polyák Lajos dr.)

Therapiai vizsgálatok digalennal. (Digitoxinum solubile Cloetta).

Irta: *Haberfeld J. Emil dr.*

(Vége.)

5. Cs. M., 43 éves. Insufficiencia valvulae mitralis. A beteg állítólag ezelőtt 6 évvel erősen megfázott, lázzal járó betegsége volt, ugyanekkor térd- és csuklóizületei megdagadtak és fájdalmasak voltak; ezen bajából 4 hét alatt gyógyult, azóta azonban többszöri recidiva állott be. Jelenlegi panaszát az képezi, hogy a mintegy 8 hónappal ezelőtt keletkezett szívdobogás és nehézlégzés annyira rosszabbodott nála, hogy munkára képtelen s utóbb lábai is erősen megdagadtak.

Status praesens. A mérsékeltén táplált, lesóványodott nőbeteg cyanotikus külsővel bir. A lapos mellkason a szívtájék mérsékeltén elődomborodik és diffus pulsatiót mutat. A venae jugulares teltek. A szívtájék löktetése kifejezetten tapintható, az erős csücslökés balra kihelyezett. A pulsus szapora, kis hullámú, könnyen elnyomható, száma percenként 116. A szívtompulat felső határa a III—IV. bordaköz, harántirányban egyrészt a jobb szegyszélég, másrészt a szívesűcsig, az V—VI. bordaközben a bimbóvonalon kívül mintegy másfél harántujjnyira terjed. Auscultationál a csücs felett kifejezett fúvó systolikus zörej; a pulmonalis-szájadék feletti második hang erősen accentuált. Májájék elődomborodik, enyhe nyomásra is fájdalmas, a máj a bordaívét egy jó ujjnyival túlhaladja. Az alszáracon mérsékelt oedema. Vizelet napi mennyisége 1050 cm³, benne fehérje csak nyomokban található. A beteg étvágytalan, székletét csak hashajtókra.

Therapia: Beteg eleinte infus. digitalist (0.5:150) kapott, később digalen adagolására tértünk át 3 cm³ per os napi mennyiségben. A szert minden reactio nélkül tűrte meg a beteg atóniás gyomra. A vizelet napi mennyisége már a harmadik napon 2150 cm³; az oedemák s a fennállott cyanosis az ötödik napon 15 cm³ digalen elhasználása után teljesen eltűntek. A beteg subjective jól érezte magát s a második 12 cm³ elfogyasztása után javultan hagyta el a kórházat.

6. T. F., 58 éves. Nephritis parenchymatosa chron. Vitium cordis. A beteg előadja, hogy már 15 év előtt is a jelenlegihez hasonló betegsége volt; 5 évvel ezelőtt bal alsó és felső végtagjának izületei rendkívül fájdalmasak lettek, azonban dagadtak akkor nem voltak s iszapfürdők használata után ezen baja gyógyult. Közvetlen ezután tapasztalta, hogy kisebb megerőltetés esetén is lélegzete rövid, hamar elfulad és szívdobogás lép fel. Két héttel ezelőtt hasa, majd néhány napra bal lába dagadni kezdett; ezenkívül köhögés, szívdobogás és étvágytalanság mellett fennálló hányásinger képezi panaszait.

Status praesens: Középtermétű, jól táplált, kövér nőbeteg; feltűnően halvány, az ajkak s a végtagok ujjpercei cyanotikusak. Az arc duzzadt, a jobb kézfej oedemás; a has erősen elődomborodik, felette a bőr feszült és fényes, jobb lábfej és alszár oedemás. Mindkét tüdőben diffus hörghurut. A szívtompulat felső határa a III—IV. bordaközben, jobbfelé a szegycsont közepéig terjed, kifelé a szívhatárt a szívesűcs képezi, mely az V—VI. bordaközben, a bimbóvonalon kívül mintegy két harántujjnyira erősbödötten tapintható; felette erős systolikus zörej, az aorta II. hangja accentuált. A pulsus szapora, arhythmias, kis feszességű, száma percenként 95. A hasüregben szabad folyadékgyülem, melynek felső határa a köldök felett 4 ujjnyira terjed. A vizelet napi mennyisége 300 cm³, fajsúlya 1023; fehérjertartalom Essbach szerint 50/100. A beteg étvágytalan, nyelv bevont, émelygésről panaszokod, evés után hányás lép fel.

Therapia: Kísérletképen a beteg digalent kap; az adagolását követő 24 óra mulva a vizelet napi mennyisége 700 cm³, majd az ezt követő másnap 1500 cm³.

A betegnél a fennálló émelygés dacára a digalen hányást nem okoz. Az ascites és a peripherikus oedemák időnként szűnnek,

majd ismét fellépnek. A beteg állapota váltakozó, míg hirtelen fellépett collapsus után exitus következett be.

7. J. L., 19 éves. *Insufficiencia valvulae mitralis. Tuberculosis pulmonum.* Gyermekkori betegségekre nem emlékszik; 5 évvel ezelőtt jobb boka- és térdizülete megdagadt, fájdalmas volt; mult év október havában meghűlt, ettől kezdve erősen köhögött, majd vért köpött, testsúlya megfogyott, gyakran szívdobogása van, néhány nap óta mindkét boka dagadt, de nem fájdalmas. Éjjeli izzadásról, hasmenésről a beteg nem panaszkodik.

Status praesens: A beteg felvételekor láztalan; esont- és izomrendszer ép, ízületek szabadok, kivéve a jobb térdet, a hol a beteg nyomásra fájdalmat jelez. Thorax lapos, tüdőhatárok rendesek, jobboldalt a kulcsont felett, úgyszintén hátul is határozatlan légzés és néhány apró hólyagú szörtyzörej. Szívtáj elődomborodó, szívescsüslökés emelő; szívtompulat a IV. borda felső szélénél kezdődik, befelé a bal szegyszélig terjed; a csüslökés az V—VI. bordaközben a bimbóvonalon kívül egy haránt-ujjnyira tapintható és ugyanitt systolikus surranás is érezhető. A venae jugulares erősebben telődtek. A csücs felett hangos, fúvó systolikus zöreje, a pulmonalis második hangja erősebb és ékelt. A pulsus szapora, pulshullám alacsony, könnyen elnyomható. A beteg étvágytalan, gyakori köhögése van, mely néha hányásingert okoz.

Therapia: Az ez idő szerint még kisérték incompensatio megszüntetésére a beteg 3-szor naponta 1 cm³-nyi digalent kap per os; 15 cm³ elhasználta után az oedemák eltűntek, szívműködés és pulsus normalis jelleget mutat.

Röviddel ezután a tüdőbeli folyamat tünetei léptek előtérbe láz kíséretében, mire a beteg az ez ellen irányuló hosszabb kezelés után elhagyta a kórházat, a nélkül, hogy szívaja ezalatt további kezelést igényelt volna.

8. K. K., 67 éves. *Insufficiencia valv. mitralis. Arteriosclerosis.*

Megelőző betegségekre nem emlékezik, állítólag mindig egészséges volt. Mult év folyamán történt először, hogy mindkét alszára s később hasa is dagadni kezdett; egyidejűleg szédülés, fejfájás fogta el, s fokozatosan mindjobban megdagadt a lába és hasa. Bajával néhány hétig a Rókus-kórházban kezelték, hol a dagadt részek ismét leapadtak. Mult hónapban köhögni kezdett, és azóta veszi észre, hogy hamar elfulad, szívdobogása igen erős, lábai pedig ismét dagadnak; szédülése és fejfájása változatlanul most is fennállanak.

Status praesens: Alacsony termetű, jól táplált, de lesóványodott nőbeteg, bőre halvány, a peripheriákon erősen cyanotikus. Csont- és izomrendszer ép, ízületek szabadok. Mindkét lábfej és alszár nagy fokban oedemás, a has elődomborodó, benne fluctuáló folyadékgyülem. Az arteria temporalis és radialis jól látható kanyargós lefutással bír, rigid tapintatú. Tüdőhatárok hátul, alul tágultak, mindkét tüdőben bronchitis. Szívtájék kissé elődomborodó, csücslöklés nem látható; szívtompulat minden irányban megnagyobbodott, a csücslöklés a V—VII. bordaközben elterült; a szívescsücsön systolikus zöreje, a pulmonalis II. hangja ékelt. A pulsus arhythmias, szapora, kis feszességű. Az epigastriumban homályos pulsatio, nyaki vénák teltek. A máj egy ujjnyival haladja meg a bordaívet. A beteg nehezen lélegzik.

Therapia: A beteg már hosszabb ideig és nagyobb adagokban is kapott osztályunkon inf. digitalist, utóbb azonban ezt a szert a beteg gyomra már nem igen tűrte; ekkor digalen adagolására tértünk át; a digalen adagolását követő 48 óra alatt a vizelet mennyisége 700 cm³-ről 4000 cm³-re emelkedett. A beteg hosszabb időn át veszi a digalent a szükséges közbeszakítások betartásával és adagolása a mellett, hogy jól pótolja az infusum digitalist, nem okoz izgalmi tüneteket a gyomor részéről.

9. P. T., 54 éves. *Myodegeneratio cordis. Endarteritis chronica.*

A betegnek állítólag 26 éves korában typhusa, utána két ízben tüdőgyuladása volt. Luest tagad. Potator. Körülbelül egy fél év óta tapasztalja, hogy kisebb megerőltetés esetén is már rövid a lélegzete, szívdobogást kap s utána szorulást és fájdalmat érez a szív tájékon; ugyanezen idő óta lábai estére megdagadnak, de reggelre leapadnak, utóbb azonban a lábak dagadt volta

állandóvá lett. Köhögés, szédülés, étvágytalanság képezik a betegnek egyéb panaszait.

Status praesens: Középtermetű, elég jól táplált férfibeteg, esont- és izomrendszere ép. Az arcz bőre feltűnően halvány, a szokott helyeken kisebbfokú cyanosis. A látható üterek kanyargós lefutásúak és merev tapintatúak. A lábujjak livid színiűek, lábfej és alszár nagyobb fokban oedemás.

Mellkas részarányos, a tüdőhatárok rendesek; a kilégzés megnyúlt, érdes, különböző szörtyzörejektől kísért. A szívtáj megtekintésre nem mutat eltérést; a szívtompulat a III—IV. bordaközben kezdődik, jobbfelé egy harántujjnyival terjed túl a szegyszélen, csücslöklés az V—VI. bordaközben, a bimbóvonalban; a csücs felett zöreje nem hallható, a szívhangok tompán, de tisztán hallhatók; a pulmonalis II. hangja ékelt. A pulsus arhythmias, kis hullámú, szapora. Egyéb szervekben eltérés nem mutatható ki. A vizelet napi mennyisége 1200 cm³; idegen alkotórészeket nem tartalmaz. A beteg stenocardiás panaszokról tesz említést.

Therapia: A beteg napi 3 cm³ digalent kap; ezt követő napon a vizelet napi mennyisége 2500 cm³ volt; harmadik nap 2900 cm³. A vizeletelválasztás növekvése mellett a láb oedemája erősen csökkent; negyedik nap a vizelet mennyisége 3200 cm³-t tett ki. A szívműködés javulásának jeleképpen a pulsus szabályosabb, lassúbb, elég telt. A beteg megszakítás nélkül 40 cm³ digalent vett, a nélkül, hogy bármi káros mellékhatás jelentkezett volna.

10. S. E., 40 éves. *Insufficiencia valv. bicuspidalis. Stenosis mitralis.*

A beteg bemondása szerint 15 év előtt polyarthriti rheumaticában betegedett meg; ezt megelőzőleg is szenvedett szívdobogásban. 1896-ban szívaja miatt már fekvődni kellett, s ekkor vért is hányt; mult évben tüdőgyuladást állott ki és ezóta folytonosan betegnek érzi magát. Nehézlégzés, szívdobogás, fájdalom a szív és máj tájékán, a has és lábak vizenyője képezik panaszát.

Status praesens: Alacsony termetű, lesóványodott nőbeteg, esont- és izomrendszere ép, ízületei szabadok. A bőr általában halvány, az ajkak, az orrszárnnyakon, az ujjperczeken livid színiű. A has mérsékelt elődomborodó, benne rendellenes resistencia nem tapintható; lábfej és alszárak oedemásak. Mellkas lapos, májtájék elődomborodó, fájdalmas. A jobb tüdő alsó részén tompult kopogtatási hang, s e helyen gyengült légzés, ezenkívül mindkét tüdőben nagyfokú bronchitis. A szívtájék elterült lüktetést mutat; szívtompulat a III. borda alsó szélén kezdődik, jobbfelé egy ujjnyival a szegycsont közepén túl terjed, csücslöklés helye a VI—VII. bordaközben a bimbóvonalon kívül, tapintásakor mindkét időben jelentkező surranás érezhető s felette fúvó systolikus és diastolikus zöreje. A pulmonalis II. hangja ékelt. Pulsus szapora, egyenetlen, kis hullámú, könnyen elnyomható, száma percenként 116. Az epigastriumban szintén tapintható lüktetés; nyaki vénák erősen teltek; dyspnoë. A beteg erős májtáji fájdalomról, fejfájásról, időnkénti székrekedésről, majd ezt követő hasmenésről panaszkodik. Vizelet napi mennyisége 700 cm³; benne minimalis fehérje.

Therapia: Beteg már előzőleg hosszabb ideig infusum digitalist és strophantus-tincturát szedett; utóbb digalent kap, naponta 4-szer 1 cm³-nyit per os. A vizelet napi mennyisége másodnapra 1150 cm³-t tesz ki, negyedik napon 2000 cm³-re emelkedik, és ezzel arányosan csökkennek az oedemák, a dyspnoë is enyhül, a pulsus száma 80, teltebb és egyenetlen. A beteg kisebb megszakításokkal, folytatólagosan kap digalent és sem a gyomor részéről, sem egyébként kellemetlen mellékhatások nem jelentkeznek.

* * *

A kivonatosan felsorolt kóreseteken kívül még számos alkalommal adagoltuk a digalent, s az eredmény mindenkor kielégítette a hozzáfűzött várakozást; tekintve azon körülményt, hogy adagolása mindenkor per os történt és egy esetben sem fordultak elő a gyomor részéről oly jelenségek, melyek az infusum digitalisnak ily módon való adagolásánál gyakorta jelentkeznek, a szer használatának elterjedését főleg a per os adagolás fogja általánossá tenni; de semmi esetre sem szabad figyelmen kívül hagyni Kottmann kísérleteit a digalennak subcutan és intravenosus

alkalmazásáról, a melyekre mint gyors hatást előidéző módokra szükség esetén számítani lehet.

Áttekintve a digalen adagolásával elért eredményeket és viszonyítva ezeket az infusum digitalissal elértékhez, nézetemet a következő pontokban foglalhatom össze:

I. A digalen kvalitatív hatása teljesen azonos a folia digitalisával.

II. Előnye az utóbbi felett:

1. A gyomor részéről nem okoz izgalmi tüneteket, s így adagolása nem okoz sem émelygést, sem hányást.

2. Gyorsabban hat és hatása nem cumulativ.

3. Pontosan adagolható.

4. Állandó összetétellel bír, hatása nem változik.

Ezeket figyelembe véve mondhatjuk, hogy Cloetta a digalen előállításával a digitalis-therapiát biztosabb alapra helyezte.

Irodalom. Cloetta: Münchener Med. Wochenschrift, 1904. 33. sz. — Naunyn: Unterelässischer Ärzte-Verein, 1904. július 2.-i ülése. — Walli: Deutsche Ärzte-Ztg., 1904. 20. szám. — Biebergel: Berlin. klin. Wochenschrift, 1904. 51. szám. — Klemperer: Therapie der Gegenwart, 1905. 1. szám. — Hasenfeld: Magyar therapia, V. kötet. — Torday: Budapesti orvosi újság, 1904. 52. szám.

A neurastheniáról.

Az 1905. évi szüniidei cursuson előadta Jendrassik Ernő egyet. tanár (Folytatás.)

Nagyon fontosak a neurasthenia kúrájában az orvosságok is, s e tekintetben nem osztozom azok nézetét, a kik az orvosságok helyébe csak a szóbeli suggerálást akarják helyezni. Hiszen még a suggerálást illetőleg is hasznosak az orvosszerek: az orvosság és a gyógyulás a közönségben nagyon kapcsolatos fogalom, de az orvosszerek ezen a hatásukon kívül is sokszor nélkülözhetetlenek.

A neurastheniás izgatottság ellen a betegek elég gyakran dicsérik a brom hatását, és mégis, véleményem szerint, ez a szer csak tüneti értékű és csak olyankor adandó, a mikor valami rendszeres orvoslás nem végezhető, vagy időlegesen van szükségünk nyugtató hatására. Néha tisztán adjuk (de soha sem porban, mert megtámadja a gyomrot¹, mint minden vízzívó anyag); ha hatását fokozni akarjuk, kevés narcoticummal együtt rendeljük. Ez utóbbiakat egyedül is rendelhetjük mérsékeltabb dosison (codeinum, phosphoricum, narcein, thebain, dionin). Nem ritkán ugyanazt a hatást elérhetjük a bornyavallal (in caps. 2—3—4 naponta), a validollal vagy más valeriana-készítménnyel; ilyenkor, ha t. i. hat ez a szer, még a brom elé teszem, nem okozván semmi kellemetlen mellékhatást. Némely beteg olyan kényszervágyat kap a bromra, mint a morphiúra; az ilyen esetekben nagyon szükségessé válhat a brom pótlása.

Ha a beteg izgatottsága, depressioja igen nagy, fájdalmai igen hevesek, vagy a kényszergondolatok nagyon erősen nyugtalanítják, szintúgy a súlyosabb álmatlanság ellen — a mint arról még később szólok — a sanatoriumban nagy hasznát vehetjük az opiumnak és a morphiurnak. Az ilyen esetekben nem szabad félni ezektől a szerektől, hanem öntudatosan és eleget kell adni belőlük. A néha igazán nagy fájdalmak ellen sikeresen csak a morphiurn-befecskendéssel hathatunk, főleg azokban az esetekben, a mikor a beteg már igen legyengült; fokozni is kell az adatot szükség szerint, oly erős egyszeri adatokat kell kiszabnunk, a melyek körülbelül hat órára tűrhetővé teszik a helyzetet; ilyen módon 24 óránként négy befecskendés alkalmazandó a megfelelő időközökkel. Legjobb a szert a beteg előtt meg sem nevezni, még kevésbé az alkalmazott adat nagyságát.

A beteg ezen szerek hatása alatt, a nélkül, hogy tudná okát, bizonyos könnyebbésséget érez; esetleg tudja is, hogy ezt a

szer hatásának köszönheti, és mégis ez az enyhülés lassanként a gyógyulás érzését kelti fel benne, és ilyen módon megnyugszik idegrendszere. A dosist ép azért kell fokozni, hogy fenntartsuk ezt a megnyugvást. Ha megmaradnánk egy dosison, a hatás csökkenne és nem érnénk el semmit sem. Nem lehet arra nézve szabályt felállítani, hogy meddig fokozzuk a dosist, 0.03—0.05 pro dosi elég gyakran szükségessé válik. Ha ezen csillapítás alatt sikerül a beteg általános állapotát lassanként megjavítani, úgy — ismét a nélkül, hogy a beteget erről értesítsenék — csökkentjük az adatot, részben a napszak szerint is, este nagyobb, nappal kisebb adatot alkalmazva, s végre még néhány napig egyszerűen aqua destillata injectioval pótolva a morphiurnot, hogy a beteg ne is sejtse az abbanhagyást. Az elszoktatás rendszerint nem okoz nehézséget, sőt a morphiurn elhagyásával, ha az a kellő időben történt, a javulás még gyorsabban halad előre. A morphiurnot csak sanatoriumban lehet alkalmazni, mert itt van arra alkalom, hogy kezünkben tartsuk a fecskendőt. Az opiumot ellenben otthon is lehet, ha a körülmények különben megfelelőek, alkalmazni. Ha azok a jelenségek, a melyek miatt a morphiurnot adtuk, nem olyan hevenyész természetűek, ha a beteg állapota állandóan egyforma s nem heves fájdalmak vannak előtérben: akkor a morphiurn helyett opiumot adunk. Kezdetben háromszor 0.02, azután elég gyorsan fokozva, úgy hogy megnyugtató hatása folyton érvényesüljön, de napjában nem többször, mint 4—5-ször adjuk e szert, a napi dosis 0.8—1.0-ig is emelendő. Ugyanolyan fokozatos hatás áll elő, mint a morphiurn hatása alatt: eleinte lassan, később határozottabban javul a helyzet, néhány hét múlva kétségtelen javulás állapítható meg, ekkor kisértjük meg a dosis csökkentését s ha nem rosszabbodik a helyzet, aránylag gyorsan beszüntethetjük az opiumot; itt is nagyon gyorsul a javulás a szer abbanhagyásával. Ép úgy, mint a hogy a szer hatása alatt tompította a szenvedést, és ezzel suggerálta (és lehetővé tette) a javulást, ép úgy a felszabadulás a szer hatása alól nagyon sikeres gyógyító tényező. Az opiumkezelés alatt nem kell félni az obstipatiótól; az obstipatio csak addig jelentkezik, a míg kicsiny a dosis, csak az első napokban kell annak elhárításáról gondoskodni; később ez már nem igen szükséges. Bármennyire kitűnő is ez a két nagyhatású szer egyes esetekben: úgy mégsem illik alkalmazásuk valamennyi esetre. Figyelmes észlelés a kísérlet első napjaiban kimutatja, várhatunk-e ilyen módon hasznót vagy sem.

Mint megnyugtató szert ajánlja némely orvos az alkoholt is, főleg a sört; ismertem egy orvost, a kinek betegek, többnyire nők, esténként megittak hónapokon keresztül 4—6 üveg sört, oly nők, a kik addig egyáltalában nem ittak szeszes italt. Ez a sörmennyiség megnyugtatta ugyan őket pár órára, de milyen áron! és hozzá még egyáltalában nem állott be az a kedvező hatás a betegségére, a mely az opium és morphiurn mellett észlelhető. Az alkoholt ilyen célra határozottan rossznak tartom.

Ezeket a szereket kívül még a gyomorjavítók (nux vomica, gentiana, china, persodine [Lumiére], rheum), az idegtonicumok (glycerophosphatok, lecithin, phytin, összetett alakban az ismert syr. hypophosphit stb.) igen nagy haszonnal adhatók sok esetben. Az újabban még sokat kínált kolakészítmények nem gyógyító szerek, hanem mint pillanatnyi élenkítőszerek tesznek gyakran jó szolgálatot, leginkább a kimerültségi érzés ellen.

Térjünk át az ambulans kezelés némely fontosabb részletére. Ambulans kezelésre csak az enyhébb esetek alkalmasak; eredményt csak olyan betegen érhetünk el, a ki tekintet nélkül a kezdet nehézségeire híven megfogadja az orvosi tanácsot. Ebben a tekintetben igazán szükséges, hogy mindjárt az első alkalommal, a mikor még a beteg teljes bizalmát bírjuk, szabjuk ki az egész kezelési eljárást s minden alkudozásnak azzal vágjunk elebe, hogy a beteget állapotáról való referálás végett csak 2—3 hónapi időköz eltelte után rendeljük ismét magunkhoz. Ezért az ambulans kezelésben helytelennek vélem, ha az az orvos, a ki a kúrát kiszabja, egyszersmind végzi is azt, pl. a villamozást, a vízkúrát stb.; az olyan beteg, a ki több támogatásra szorul, az sanatoriumba való.

A beteg közvetetlen környezetét is számításba kell venni. A sanatoriumi elhelyezésnek nem a legutolsó javallata épen a a környezetnek nem megfelelő magatartása. A környezettől megkivánom, hogy a beteg panaszaira ne hallgasson, se bátorítólag,

¹ Mint ismeretes, a brom-oldathoz adott izjavítók csak kellemetlenebbé teszik e szer bevitelét, a gyógyszerértékek párolt vizének pedig nagyon sokszor van undorító íze és szaga, ezért, ha oldatban rendeljük, jobb közönséges vizet adni hozzá és kevés natr. carbonicumot, ezzel lehetőleg elkerüljük a bevitel nehézségeit. Legcélszerűbb a bromot préselt tablettákban (Tabl. polybromatae Egger) rendelni, s a tablettát a bevitel előtt közönséges vízben feloldatni. Nagyon fokozható a brom hatása a sómentes diéta segítségével.

se elutasítólág ne reagáljon rájuk, hanem hivatkozzék az orvosi rendeletre s térjen ki a panaszok elől. Ha a beteg nagyon nehezen volna ennek belátására bírható, akkor kitűzők naponta előre meghatározott félórát, a mely alatt szabad panaszkodnia, egyébkor nem. A panaszkodhatóság nagyon ártalmas a betegre.

Igen fontos a foglalkozás és a szórakozás kérdése. Rendes foglalkozásától lehetőleg nem kell eltéríteni az ilyen beteget és határozottan téved az, a ki minden neurastheniának nyugalmat ajánl és szabadságot bizonyítványt ad. A nyugalom csak mint a legsúlyosabb esetek átmeneti kezelése szükséges, egyébként sokkal jobb dolga van a terhes hivatásban élő neurastheniának, mint a dúsgazdag tétlennek. Előfordul főképen fiatal embereken, a kiknek vizsgálatra kellene tanulni, hogy egyáltalában képtelenek arra, hogy gondolataikat tanulmányaikra irányítsák, hiába kezdenek tanulni s minél inkább erőltetik, annál rosszabb eredményel végződik kísérletük. Ilyenkor sok esetben sikerrel alkalmaztam a következő eljárást: a betegnek meghagyom, hogy pár napig délelőtt félórát, délután félórát (néha még kevesebbet), de mindig ugyanabban az órában olvasson valamely érdekesebb szépirodalmi munkát. Ha a félóra eltelt, még ha tudná vagy óhajtana is folytatni olvasmányát, ne tegye. Ha ehhez a kiszabott időhöz már hozzászokott, akkor háromnegyed, majd egész órára hosszabbítjuk a terminust. Egy hét vagy 10 nap múlva már könnyen megy az olvasás s ekkor ugyanabban az órában, nem hosszabb időre, mint a mennyit már olvasással eltöltött volt, kezdjen el tanulni, lassanként hosszabbítva meg a munkaidejét. Sokszor még ezzel a módszerrel is csak akkor érünk célra, ha a tanuláshoz segítséget (tanító vagy iskolatárs) kap az illető. Az iskolaév elvesztése, vizsgálatokkal elmaradás, növeli a neurastheniát, a sikerült vizsgálat ellenben igen jó orvosság; a neurastheniásoknak különben is rendszeren jóval nagyobb a készütségük, mint a bátorságuk. A lányokkal szemben másképp áll a dolog, annál a munkakörnél, a mit a leány tanulása révén betölthet, sokkal hasznosabb rá nézve a házi foglalkozás s neurastheniás leányokat, ha csak valami különös képességük nincsen, nem kell a tanuláshoz erőszakolni, hanem kerestessünk részükre megfelelő munkakört a házi teendők körül; ez utóbbi foglalkozások közül csak a rendes főzés nem ajánlható.

A neurastheniának nagyon súlyos eseteitől eltekintve, a napról napra kiszabott és ellenőrzött munka valóságos áldás az illetőre, az egészen szabad foglalkozás ellenben nem sok hasznára válik; ebből persze nem következik, hogy az illető időnként üdülésre ne menjen, sőt ellenkezőleg ez okosan felhasználva, hasznára szolgál a betegnek.

A szórakozást illetőleg erősen individualizálni kell; téves az a törekvés, hogy minden lehangolt neurastheniás beteget szórakozásba, társaságba vigyünk. A javulóban levő vagy megjavult neurastheniás ember valóban szoktassa magát a társasághoz, a miben szintén, úgy mint a tanulásban, a legfontosabb, hogy eleinte az előre kiszabott időn túl ne maradjon mások körében; de a súlyosan neurastheniás ember állapotát ez nem javítja meg, sőt kifárasztja. Az ilyen esetekben csak erős mérsékléssel lehet gyógyítás céljából a szórakozást felhasználni, sőt gyakran a társaság teljes megvonása és a teljes izolálás vezet egyedül célra.

Az életmódot egyébként is szabályozni kell. Többnyire oly emberekről van szó, a kik egyoldalúan élnek; ép testtel, gyakran erős izmokkal rendelkeznek és annak daczára, hogy hivatalban ülve töltik a nap legnagyobb részét, jóformán soha mozgást, testi munkát nem végeznek. Ki kell szabni a megfelelő mozgást minden napra; ez egyike a legfontosabb gyógyítási szabályoknak.

Egyáltalában nem mindegy, hogy milyen mozgást javasolunk. Még eltekintve attól is, hogy legyengült szervezetű betegnek nem való az, a mit erős testű neurastheniának ajánlhatunk: nagyon sok függ attól is, hogy a testgyakorlás mennyire irányítja a beteg gondolkodását. E tekintetben igazán tanulságos, hogy a neurastheniás és pedig épen az eléggé súlyosan neurastheniás egyének majdnem kivétel nélkül igen jól érzik magukat katonai évkü alatt. Az a kényszerhelyzet az önkéntesi év alatt valóságos sanatoriumi kezelés; igen jelentékeny eredményeket lehetne valóban elérni, ha ilyen kényszerbánságmódot lehetne alkalmazni a sanatoriumban is. A katonai pálya azonban, ettől a kényszerévtől eltekintve, nem kedvező a neurastheniásra, ez a baj elég

gyakori a katonatisztek között is. Viszont az erős sportkedvelők között is vannak neurastheniások, igaz, hogy ezek azok a neurastheniás sportolók, a kik túloznak és a kiket úgyszólván kényszerűen űz a sportra.

A testgyakorlás megválasztásában a következő dolgok tartanak szem előtt. Nem egyenértékű testgyakorlással az a talpon levés, a melyet a kereskedő üzletében, a házi asszony konyhájában, éléskamrájában órák hosszat teljesít. Az állás, az ide-oda tipogás kifárasztja ugyan az illetőket, mert a testsúlyuk nagyon megnyomja az alsó végtagok ízületi végeit, de ezzel a működésükkel nem végeztek általános egészségüket előmozdító izommunkát. Még a sík talajon járáshoz is alig kell izommunka s a sétában is csak a mozgás egyformasága, a másik lábunknak minden lépéssel bekövetkező megterhelése merít ki, a nélkül, hogy az izommunkával járó üdítő érzés támadna nyomában. Az emelkedő talajon való járás mindenestre jobb, bár ebben is felső testünk alig vesz részt, úgy hogy a hegymászás is csak egyoldalú, nem az izmok legnagyobb részét illető mozgás. Nem jók az olyan mozgások sem, a melyek túlerős munkát követelnek, de nem vagyok pártolója annak a céltalan, egyedül végzett tornáznak sem, a milyen pl. a súlyozás, vagy a milyent lehet végezni azokkal a szellemtelenül bizzar készülékekkel, a melyekkel az ember szobájában, a nélkül, hogy helyéből kimozdulna, kerékpározhat, evezhet stb. Körülbelül ezek közé tartozik az ergostat is. Nemcsak, hogy megunja ezeket a dolgokat a beteg, hanem még használatuk közben is betegségének gondolata jár a fejében. A kerékpározás sem eléggé megfelelő: sík talajon túlságosan könnyű, emelkedésben túlságosan nehéz munkával jár. A városi embernek a vívás, esetleg a tornázás, a falusinak a favágás, a fűrészelés a legcélszerűbb. A mióta egy angol miniszterelnök divatossá tette a favágást, azóta nem nagyon nehéz rábeszélni az embereket erre az igen hasznos műveletre. A megfigyelés munka közben, a bevezetett munkának látható eredménye a beteg gondolkodásának helyes utat szab, a mellett igazán a testnek csaknem összes izomzatát viszi munkába. A vívásban a vívótársaság is hasznos tényező, a mely a pihenés idejében elfoglalja a neurastheniás egyén gondolkodását. Végre a lovaglás, az evezés, a kerti munka és sok más is megfelel a célra.

Bármelyiket is választjuk a felsorolt vagy azokhoz hasonló izomgyakorlatok közül, tartsunk mértéket azokban, hiszen az esetek többségében azokat a rendes napi foglalkozáson felül kénytelenek a betegek végezni. A vívás háromszor hetenként egy órában elégséges, a favágást ellenben naponta kell végezni (de csak 20—30 percig), ennek valóságos szokássá kell válni. A testgyakorlás végzésének időpontja sem közömbös; legjobb azt kipihent testtel reggel végeztetni, ez áll főleg a favágásra, a lovaglásra, az evezésre, a többi sportban rendszerint alkalmazkodni kell a körülményekhez.

Nőknek nehezebb megfelelő foglalkozást találni. Nagyon jó volna, ha mindennap kenyeret dagasztanának; de mivel olyan miniszterelnöknek még nem akadt, a ki ebben jó példával járt volna elől, bajosan lehet ezt ajánlani. A Whitely-féle és egyéb hasonló tornászó-készülék ajánlható; ezen készülékkel sokféle gyakorlat végezhető, az egyes gyakorlatok a készülékhez mellékelte táblán vannak feltüntetve s a betegnek mindig ki kell keresni a táblán az aznapi pensemot, azt el kell olvasni, megfigyelni, megcsinálni — tehát gondolkodását jobban elvonja, mint az egyszerű súlyozás. Természetes, hogy ott, a hol megfelelő intézetek, svéd tornázó, Zander stb. vannak, ott ezeket kell alkalmazásba venni. A sportok közül a korcsolyázás, lóhajítás és lovaglás hasznosak, majdnem inkább ezeknek megtanulása, mint későbbi gyakorlása.

A fizikai eljárások a járóbeteg kezeléséhez is felhasználhatók. Ezek között legbecesebb a masszálás, a melyet gyakorlatilag minden orvosnak kellene ismerni, hogy ellenőrizhesse azt, a ki végzi. Ehhez a művelethez első sorban tiszta és ügyes kéz kell, azután nagyon kevés vaselin vagy helyette a sokkal célszerűbb masszáló hintő-por (puder). Sohase engedjük meg, hogy nem orvos hasat is masszáljon, még a magukat hasmasseur-nek nevező specialisták (nem orvosok) is igen nagy károkat okozhatnak.

A masszálást nem a reggeli hidegvíz-kúra előtt kell végezni, hanem a délelőtti órákban; fél—háromnegyed óra alatt a négy végtag és a hát jól átgúrhatók.

A villamosság mint farado-masszázs igen jól pótolhatja vagy kiegészítheti a masszálást. A többi villamozásnak csak suggeráló értéke van.

Következik egyike a legfontosabb pontoknak: a vízkúra kérdése. A vízkúra hatása abban áll, hogy az idegrendszert a test legnagyobb felületén egyszerre, hirtelen mintegy megrázza és bizonyos reactiót hoz létre. Physiologiailag ismert dolog, hogy a vasomotoros hatás csak rövid ideig marad meg egy bizonyos alakban, ha folytatjuk ugyanazt az ingert, rövid idő múlva éppen az ellenkezőre megy át a vasomotorok reactioja. Ebből a tételből indulunk ki a vízkúra hatásának magyarázatában, a gyakorlati eredmények is harmoniában vannak ezzel a physiologiai alappal. Ebből következik, hogy nem szabad túlozni az eljárással, rövidre kell szabni az egyes procedurát és nem szabad annyira ismételni, hogy az egyik közömbösítse a másik hatását. Nagyon sok fürdőhelyen egyik eljárással lerontják azt, a mit a másikkal javítottak volna. A vízkúra nem is olyan tényező, a mit a betegnek hat hétre kell rendelni, legjobb azt mindjárt akár három esztendőre kiszabni; talán a téli hónapokban lehet vele kissé szünetelni, de különben csaknem folyton kell végezteni. Vannak olyan módok, hogy bármilyen külső körülmények között is jól el lehet végezni.

Meleg vízben, tehát 36 C.^o-on túl nem szabad a neurastheniásnak fürdőkúrákat használnia, még kevésbé meleg ásványos fürdőket venni. Meglehetősen nehézségek támadnak akkor, ha neurastheniások női bajok vagy csúzos bántalmak miatt küldetnek meleg forrásokhoz. Rendszerint az ideges tüneteknek igen határozott rosszabbodása áll be a fürdők hatása alatt; ezért ha csak lehet, kerüljük el a melegfürdős kezelést, helyébe hidegvíz-kúrát vagy helyi meleg alkalmazást engedjünk meg.

A víz hőfokát illetőleg az egyéni érzést számba kell venni, s ennek alapján a következőkben felemlített hőfokokat 1—2 fokkal emelni vagy csökkenteni lehet, a beteg érzése szerint.

Sanatoriumi kúrában, súlyos álmatlanság eseteiben a melegebb vízben való, hosszantartó fürdés (34—36° C.), mint bevezető kúra, a míg a beteg megnyugszik, a míg az első rossz szakaszon túl van, alkalmazható. De azontúl már állandó használatra csak az úgynevezett hidegvíz-kúra alkalmas. Erre nézve enyhe, nagyon czélszerű eljárás a félfürdő. A félfürdőhöz szükséges egy egész kád, hőmérő és kellő mennyiségű melegített víz. A hol ezek nem állnak rendelkezésre, ott más módszereket kell helyébe tenni.

Az eljárás ez: A beteg lehetőleg az ágyból kilépve, azonnal a vízbe lépjen be. Nem nagyon pártolom azokat az intézkedéseket, a melyek messze vannak az illető lakásától. A beteg, hogy ezekbe juthasson, először otthon felöltözködik, miközben vasomotorjait már mozgásba hozza, útközben kimelegszik, odaérve, megint levetkőzik, ez mind sokat levon a vízkúra értékéből. Vannak azért mégis körülmények, a melyek között lehet értékesíteni ezeket az intézkedéseket is, mint ideiglenes bevezetést vagy változatot. Egy ideig az illető oda jár, ott társaságot talál, figyelme elvonódik bajától, sétál is egyet hozzá; de a folytonos használatra az otthoni kezelést megfelelőbbnek vélem.

A beteg, a mint már mondtam, az ágyból ki-, a vízbe lépjen, a víz a gyomortájékig érjen, hőmérséke 30—32° C. (26—24° R.) legyen. Lejebb nem igen szoktam menni általánosságban, egyes esetekben 28° C.-ig adom beleegyezésemet. A beteg beleül; locsolja magát önkézeivel elül, mialatt a fürdető vödörrel folytonosan végigönti a hátát. Az egész művelet három percig tartson, inkább kevesebb ideig mint tovább. A víznek a fürdés közben való lehűtését, a mint ez sok helyütt szokás, nem ajánlom, sőt azt hiszem, hogy ezt csak azért hozták be, hogy az eljárás kissé komplikáltabbnak lássék; nagyon sok olyan felesleges cikornya van különben is a vízkúrában, a mely inkább rontja annak értékét. Fürdéből kijövet gyorsan le kell szárítani a testet, azután fél óráig járni kell és nem visszafeküdni az ágyba. Csak rendkívül elgyengült embereknek, vagy a kik fekvő kúrákat használnak, lehet megengedni az ágyba való visszafekvést. Ez a félfürdő a beteg mindennapi jöreggeltje, a melyet rendszer napi programjába kell felvennie.

(Folytatása következik.)

Tárca.

Semmelweis.

Mindinkább közelebb esik az idő, a mikor — élén az orvosi karral — az egész művelt magyar társadalom hálájának egy részét lerójjá nagy hazánkfa, Semmelweis iránt. A jövő esztendő pünkösdjén fog telepleztetni szobra, Strobl mester meghatóan szép alkotása. Addigra elkészül összegyűjtött munkáinak úgy magyar, mint német kiadása.

Érthető érdeklődéssel fogadtuk mi magyarok mindenkor mindazt, mit Semmelweisről itthon s főleg a külföldön irtak. Hegar, Grosse, Zweifel és még sokan, igen sokan mások, észrevétlenül is a saját fejükre fonták a babért, mikor Semmelweisnek állítottak munkáikkal emléket.

Néhány hét előtt terjedelmes — az eddigi monographiák közt terjedelemre legnagyobb — s bizonyos tekintetben értékes munka került ki Fritz Schürer vagy Waldheim tollából Bécsben. Semmelweis életét és működését tárgyalja a kötet s közli az egykoriak s az utókor ítéletét róla, illetve tanairól. Így, összességükben összeállítva, nagyon értékes gyűjteményt képviselnek ezen ítéletek. Ezért elismerés illeti meg Waldheim urat. Eddig is ismertük, de ez az összeállítás csak szemléltetőbbé teszi azt a sok igazságtalan támadást, melyben Semmelweisnek életében része volt. Az összeállítás azonban csak akkor lenne tökéletes, ha Waldheim úr könyve annak nem milieujeként szerepelne, hanem a támadások legújabb keletűjeként: saját könyvét chronologie a többiek mellé sorakoztatná.

Nem tanait, nem felfedezését támadja már — mint a régi bécsiek —; Waldheim úr tisztában van Semmelweis felfedezésének súlyával; de Semmelweis egyéniségéről, gondolkodásáról, műveltségéről, tanait tartalmazó halhatatlan művéről s nemzetiségéről oly felületességgel, a történelmi hűségnek akkora hiányával, a tendenciosusságnak pedig olyfokú gátolatlanságával nyilatkozik s mond subjectív véleményeket, hogy válasz nélkül nem hagyhatjuk nyilatkozatait s nézeteit.

Reánk magyarokra nézve sokkal fontosabb a Semmelweis-ügy, semhogy — ha kell: teljes apparatussal — szembe ne szállnánk az öt érő igaztalanságok legkisebbikével is. Annál inkább az ily vaskosakkal.

E válasznak lényeges pontjai német nyelven is teljes terjedelemben megjelennek, hogy Waldheim úr részére is hozzáférhetők legyenek. Ép oly fontos dolog azonban, hogy magunk legyünk tájékozva. Válaszomat alapítom: 1. az *objectív* történelmi tényekre, szemben a Waldheim-féle *subjectív* nézetekkel; 2. azon nagybeesű nyilatkozatokra, melyeket kérésre a magyar társadalom több olyan előkelősége, kik Semmelweishoz életében különféle nexus alapján, de egyaránt igen közel állottak s kik kegyesek voltak megengedni, hogy soraikat közlétehessem; 3. Semmelweis saját, részint kinyomatott, részint általam a fő és székvárosi levéltárban felkutatott írásbeli nyilatkozataira.

Még a könyvet meg se kezdtük, már is az előszónak elején találunk egy kijelentést, melylyel Waldheim úr *ma* már elszigetelve áll magában. Semmelweis nagy művéről olvassuk azt a nézetét, hogy e művet kár lenne újra kiadni, mert okulást nem nyerhetni belőle, az csak megzavar. (. . . „das Ganze nicht unterrichtet, sondern verwirrt. Ein Leser unserer Zeit hat nicht mehr die Geduld, dergleichen (sic!) zu studieren, weshalb ein Neudruck keinen Zweck hätte“. III. lap.) A 169. lapon újra neki esik a nagy műnek, s arra a fejezetre, mely a Semmelweis-féle tanoknak úgyszólván essenciáját tartalmazza: az „Aetiologia“—ra kijelenti, hogy az egy nehezen emészthető szörnyeteg („ein schwer verdauliches Ungetüm“), s a mű a maga egészében teljességgel elszerecséltenedettnek mondható („als durchaus verunglückt bezeichnet werden muss“). Végül jó egy argumentum, egy magyarázat ezekhez, az t. i., hogy Semmelweis hiányos műveltségében keresendő az ok, mely ezen ítéletekre alkalmat szolgáltat. És most megtámasztja Waldheim úr a kijelentését azzal, hogy Semmelweis halhatatlan művéből orthographiai hibák címén (142. és 170. l.) e mű összes sajtóhibáit összeszedi és közléteszi. Hogy 550 lapon található ilyeneket, az tán senkit se ejt csodálatba. De hogy egy ilyen világraszóló felfedezést és tanokat tárgyaló mű a sajtóhibák révén kezdessék ki: magában álló, páratlan dolog. Hiányos

középiskolai műveltségére („mangelhafte Gymnasialbildung“ 1., 2. és 170. lap.) abból következtet, hogy munkájában „Oxillardrüsen“ áll „Axillardrüsen“, „Golumbus-Ei“ „Columbus-Ei“ helyett stb. Ezek szinte megszokott sajtóhibák s korántsem eshetnek oly megbírálás alá, mint Waldheim úrnak „Hypokrates“-e, melyre Semmelweis helyesen irt „Hippokrates“-ét kijavítani (?) jónak látta, vagy a mikor „rediviva“ helyett „recidiva“-t ír. Még azt is szemére veti Semmelweisnek, hogy idézőjelekkel nem tud bánni s példákkal illusztrálja, hol maradt ki az idézőjel. Argumentum ad hominem volt, hogy magam is szemem szedtem Waldheim úrnak hasonló — bár lényegtelen — mulasztásait munkája különböző lapjain.

Minekutána pedig Waldheim úr Semmelweis munkáját elnevezte „Ungetüm“-nek, és ellenére a tudományos kutatás modern irányának, mely lehetőleg a forrásmunkákhoz igyekszik visszanyúlni, kijelenti, hogy egy új kiadásnak nem volna czélja, munkája 235. lapján valóban csodálatunkra kijelenti, hogy 1. „Semmelweis selbst hat seine Lehre mit genügender Deutlichkeit, ja klassischer Klarheit dargelegt und bis in die letzten Konsequenzen verfolgt“; 2. „Der Lehre zum Siege verholfen hat nur Semmelweis selbst mit seiner Aetiologie und seinen offenen Briefen...“

Hogy végül is kétféle nézete közül melyiket tartja igaznak Waldheim úr, nem reánk tartozik. Mi *Fritsch*-sel, a nagy nőgyógyász-szal tartunk, ki Semmelweis könyvéről így nyilatkozik: „Wer könnte sich des gewaltigen Eindruckes seines Buches verschliessen? Noch heute könnten ganze Seiten seiner Deductionen in der modernsten Arbeit stehen!“

Az említett kicsinyes támadásokon kívül azonban nagyobb az a támadás, melyben Semmelweist, mint magyar embert részesíti.

Ismeretes valamennyiünk előtt, hogy milyen elbánásban volt Semmelweisnek része Bécsben; de azért szükséges, hogy röviden rekapitáljuk azokat, hogy válaszukat Waldheim úrnak megadhassuk.

Felfedezésétől (1847) fogva haláláig a bécsiek „der Narr von Pest“-nek nevezték.

Bécsi kórházi állásában praetereálták.

Objectiv bizonyítékul összeállított statistikája közzétételéért „denunciálás“ vádjával illették.

Tanait el nem fogadták; támadták és elferdítették.

Nevét halála után is sok ideig elnyomták.

A docenturát első ízben megtagadták tőle. Másodszori folyamódására megadták neki, de azzal a kikötéssel, hogy demonstrálnia csak phantomon szabad.

E megszégyenítő záradék tudomásulvétele után Semmelweisnek nem volt többé mit keresnie Bécsben, s öt nappal később (1850 októberében) végleg elhagyta Bécsset. Még az a ragaszkodás és hála, melylyel Rokitsky, Hebra és Skoda iránt viseltetett, még az se volt képes ellensúlyozni elhatározásának lehangoló motívumait.

Waldheim úr Semmelweisnek annyi üldöztetés után való távozását Bécsből „teljesen indokolatlan“-nak tartja, s következő kifejezései vannak reá: „wahnsinniger Entschluss“, „kopflose Flucht“, „Undank“, „Narretei“, „unvernünftige Leidenschaftlichkeit“, „Gehirnleiden“. Elég épületes kis skála!

Pedig, hogy Semmelweis jól tette, hogy hazajött, azt nemcsak azért állíthatjuk, mert idehaza tanait soha senki sem támadta, s mert tárt karokkal fogadták őt a Rókus-kórházban s a tanszék megürülte után az egyetemen is, de azért is, mert Bécsben még 1856-ban is így irt a Wiener medizinische Wochenschrift szerkesztője: „Wir glaubten, diese Chlorwaschungstheorie habe sich längst überlebt; ... es wäre an der Zeit, sich von dieser Theorie nicht weiter irreführen zu lassen“. És 1861-ben Späth, a bécsi szülészprofessor azzal válaszolt ex cathedra a jól megérdemelt „nyílt levél“-re, melyet Semmelweis hozzá intézett: „Meine Herren! Die ungarische Csikóspeitsche hat wieder geknallt!“

Semmelweis hazaérkeztéről, illetve hazájában való működéséről Waldheim különféle nézeteket közöl; egyik részük csak feltevés, a másikra azonban idevaló embertől származó fedezete van, ezért tehát nem őt illetheti a vád. *Hirschler Ignác* dr. pesti orvos a Hegar tanár kérésére irt visszaemlékezésében Semmelweisre, melyet Waldheim is felhasznál, kijelenti, hogy „Semmelweis nem érezte magát otthonosan Pesten, sőt ellenkezőleg,

állandóan az a fájdalmas érzése volt, mintha itt száműzetésben élne“. Ezt kiegészítve látja Waldheim *Hirschler*-nek egy „pesti levele“ által, melyben a bécsieknek (!) 1857-ben a Wiener medizinische Wochenschriftben leírja a magyar klinikákat, s azoknak oly képét tárja fel, hogy még Waldheim is azt a megjegyzés, teszi e leírásra, hogy ebben: „darauf abgesehen zu sein scheint nicht mit der winzigsten guten Eigenschaft den Eindruck zu verwischen, den alle die zahlreichen Unzweckmässigkeiten und Mängel des Institutes auf den unbefangenen Gast hervorrufen... Ein Mephistopheles hätte für Gebärende keinen passenderen Ort finden können!“

Látni fogjuk, hogy oly nyilatkozatot, mely a *Hirschler*-féle első feljegyzéssel congruálna, Semmelweis szájából fennmaradt kortársai, barátai közül senki sem hallott.

De nem áll az sem, hogy — mint Waldheim hiszi — nálunk csak kevésbé értették meg őt az idevalók, sőt hogy szűkebb baráti körében sem vették figyelembe őt. Mindenekelőtt a személyek közül ki kell emelnünk *Markusovszky Lajost*, ki tanainak valóságos apostola lett. *Balassa* pedig — kiről azt írja Waldheim úr, hogy nem tartotta érdemesnek Semmelweis antisepticus eljárását csak meg is próbálni — maga segédkezett neki az első ovariectomiánál, s az ott tapasztaltakat később maga is követte.

Hogy Semmelweisnek nagy harcrai lettek volna idehaza ellenséges viszonyokkal, belátás nélkül való és rosszindulatú emberekkel — a mint ezt Waldheim úr supponálja —, ebből igaz annyi, hogy az akkori pesti klinikai épületek ép oly kevésbé feleltek meg még az akkori viszonyoknak is, mint teszem a mai bécsi klinikák a mai viszonyoknak. Rosszindulattal pedig egyedül a Bécsből reánk küldött Tandler helytartósági tanácsos részéről találkozott.

Ellenkezőleg áll a dolog: Semmelweist annyira megbecsülték mindjárt hazatérte után, hogy néhány hónapra rá már osztályt is kapott a Rókus-kórházban, melyet az ő kedvéért s az ő számára kikapcsoltak addigi szerves összefüggéséből a sebészettől. Sőt kinevezését — bizonyára érdemei elismerésekép — azzal terjesztették fel a felsőbbséghez, hogy Semmelweis vétessék ki az igazgató fennhatósága alól, s működhesse a saját felelősségére. (Fő- és székvárosi levéltár 5473/1851. szám.) 1860-ban ő maga írja és ismeri el a Magy. Tud. Akademiához intézett levelében, hogy míg külföldön támadták és elferdítették tanait, addig azok idehaza ellenzőre nem találtak.

De hát mindezek mellett Waldheim úr könyvének több pontján elszórva teszi meg megjegyzéseit, hogy Semmelweis bizonyára visszavágyott Bécsbe, szeretett volna tanárnak visszamenni, de hát hiába! ő maga égette fel maga mögött a hidat Bécs felé. Mindennek következtében indokolatlanul „haragudott saját nemzetére“ („er grollte mit Unrecht seinem eigenen Volke“), s mert arra haragudott, ezért lassanként magyarnak kezdte érezni magát!!

Elérkeztünk a corrigálandók utolsó pontjához: *Waldheim osztrákká teszi meg Semmelweist*.

Hogy mindaddig, a míg tana Európaszerte csak támadtatás és kigunyoltatás tárgya volt, „der Narr von Pest“ volt Semmelweisnek bécsi neve, azt már említettük. Hogyan bántak vele ott-tartózkodása idején, miként üldözték el onnan, hogy nyilatkoztak róla is, tanáról is, később, egész haláláig, s hogyan nyomták el nevét még hosszú időn keresztül, azt is elsoroltuk.

Vajon mi jögon foglalják le őt maguknak a bécsiek? Már három év előtt báró Berger egy híressé lett novellájában mint „österreichischer Arzt“-ról irt róla, s a bécsi száj és fül azóta még jobban kezdi megszokni az „unser Semmelweist“. Most pedig Waldheim úr egy tudományos könyvben, annak különféle helyein s különböző alakban, de következetesen kifejezésre igyekszik juttatni Semmelweisnek osztrák voltát.

Noha Semmelweis magyarságát senki sem vonja kétségbe a külföldön (újabbán Ausztriát kivéve), Német-, Francia- s Angolország egyaránt mint magyart emlegetik őt (a dresdener Johannes Grosse 1898-ban megjelent nagyérdemű Semmelweis-monographiájának egy külön fejezetet szentel magyar volta fixálására; Lister „Magyarország nagy fia“-ként apostrophálja őt): mondjuk el mégis azokat az okokat, melyeknél fogva nemcsak mi, de minden igaz objectivitású ember, kell hogy magyarnak tartsa Semmelweist.

Mindenekelőtt ismételnünk kell, hogy Semmelweis budai polgárcsalád leszármazottja volt s maga is Budán, tehát Magyarországon született. A család hazafias érzületét mi sem jellemzi jobban, mint az a körülmény, hogy Semmelweisunk három fítest-vére részt vett az osztrák ellen 1848/49-ben vívott szabadságharcunkban.

Semmelweis maga 3 egyetemi év kivételével összes többi iskoláit Magyarországon végezte. Hogy orvosi egyetemi tanulmányainak nagyobb részét Bécsben abszolválta, annak egyfelől az a magyarázata, hogy abban az időben működött Bécsben a nagy trias: Rokitsansky, Skoda és Hebra. Egyfelől ifjaink vonzva érezhették magukat általuk, másfelől hazulról előzőleg hathatott rájuk az, hogy az abszolutizmusnak amaz idejében jórészt Bécsből ideküldött másodrangú, kis látkörű tanárok működtek a pesti orvosi facultáson.

A mikor Semmelweis 1850-ben és pedig végleg hazajött, a fő- és székvárosi levéltárban 17,551/1850 sz. alatt őrzött folyamodványában kijelenti Semmelweis, hogy: „Tudományomat eddig Bécsben gyakoroltam ugyan, azonban ezután *hazámban*, különösen e város kebelében szándékozom mint gyakorló orvos *állandóan megtelepedni*.” 10 évvel később a Magyar Tudományos Akademiához intézett levelében megint úgy ír: „Sorsom úgy hozta magával, hogy midőn a felfedezést (1847. évben) tettem, mint a bécsi szülészeti intézet orvosa, *hazám határain kívül* tartózkodtam.” Magyar érzelmeiről, hazafias viselkedéséről pedig ékesen szóló tanúságok azon nyilatkozatszerű levelek, melyeket szerencsés vagyok alább közzétehetni.

Ne vezessen félre bennünket az sem, hogy Semmelweis nagy munkáját német nyelven írta, s nem magyarul. Semmelweis maga adja ennek okát: művét azok nyelvében írta, kik tanait nem fogadták el, a kikre tehát épen hatnia kellett. Tanainak lényeges substrátumát azonban először magyar nyelven közölte az Orvosi Hetilap 1858. évi folyamában „A gyermekágyi láz kóroktana” s 1860-ban „A gyermekágyi láz feletti véleménykülönbség köztem s az angol orvosok között” czímmel. Csak ezután jelent meg 1861-es kelettel (1860 végén) nagy német munkája.

Nem marad tehát egyéb, mint Semmelweis német hangzású neve, budai német kiejtése (melyet Waldheim úr „Wiener Mundart”-nak hí!) s azon körülmény, hogy valamelyik őse (hogy hányadik, ezt sajnos nem sikerült megállapítanom) a külfölről származott be hozzánk. De vajjon azért Semmelweisunk nem volt-e teljességgel magyar? Az egész történelmet feje tetejére kellene állítani, ha valaki nemzetiségének elbírálásánál a Waldheim-féle felfogással járnánk el. Hiszen akkor *Aristoteles* sem volt görög, mivel Macedóniában született s a görög nyelvet is csak később, nem mint anyanyelvet tanulta meg. A római irodalom megalapítója, *Livius Andronicus* sem volt ezek szerint római, mert eredete görög volt. *I. Oroszlánszívű Richárd*, Anglia királya a francia eredetű Plantagenet-házból származott, ő se lett volna tehát angol? *Columbus Kristóf* az egész világ — s joggal — spanyolnak ismeri, pedig Genuában született. Genuai birtok volt Corsica szigete is öt évszázadon keresztül s még akkor is az volt, mikor Carlo de Buonaparte elvette Laetitia Ramolini-t, kivel *I. Napoleont* nemzette. Hát *Gambettá*-t minek kell tartanunk? nem francziának? pedig genuai családból származott. S nem francia-e *Zola* is, kinek nagyatyja még velencei volt? A Hegelianus bölcsész: *Michelet Károly Lajos*, a két *Du-Bois-Reymond* nem németek volnának, pedig családjuk eredete, mint a nevük is mutatja, francia. És *Chamisso*, a leggyengébb germán érzelmeknek a „*Frauenliebe und Leben*” cyclyusban megszólaltatója, ne lett volna német? Vagy tán *Dreyfus*-t is odareklamálja Waldheim úr a németeknek? alig! de hát a francziák sem hártották rájuk.

Ezért mindaddig, míg a történelem s a művelt emberek Oroszlánszívű Richárdot angolnak, Gambettát francziának és Chamissot németnek tekintik, mindaddig Semmelweis magyar marad!

* * *

Ezek után közzéteszem azon nagyértékű sorokat, melyeket kérésemre a magyar társadalom három kitünősége, kik Semmelweishez életében közel állottak, kérésemre hozzám intézni szíves volt.

I. *Daruváry Alajos* ö Excellentiája a következő sorokkal volt kegyes eleje terjesztett kérdéseimre válaszolni.

Budapest, 1905. június 1-jén.

Tisztelt doctor úr!

Folyó évi május 30.-ról hozzám intézett becses soraira siek a következőkben válaszolni:

Semmelweissal én az 1857. év folyamán ismerkedtem meg és miután ő családom orvosává is lett, ismeretségünk csakhamar bizalmas baráti viszonyná fejlődött. Ezen viszonyhoz hozzájárulván Semmelweis nyílt őszinte természete, alkalmat és módott nyújtott nekem az ő gondolatvilágának, érzelmeinek és hozzá kell tennem, nemes emberszerető szívének biztos felismerésére.

Erre támaszkodva, határozottan állíthatom, hogy ő baráti viszonyunk egész ideje alatt, a melynek csak halála vetett véget, Pestről vissza Bécsbe soha nem vágyódott. Tisztelettel emlékezett ugyan mindig a bécsi orvosegyetemnek akkori kiváló tagjairól, Rokitsansky, Skoda, Hebráról, de egyébként számtalan alkalmakkor az ottani orvoskari viszonyokról szókimondó nyíltsággal, elítélően, ellenszenvesen nyilatkozott.

Határozottan állíthatom továbbá, hogy Semmelweis minden alkalommal magyarnak vallotta és minden ízében magyarnak érezte magát; ismeretségünk kezdetének ideje (1857) körülbelül egybe esik a társadalom nemzeti érzelmének erősebb nyilvánulásával az osztrák germanizáló kormányrendszerrel szemben és bizony mondhatom, hogy ő a társadalom ezen nemzeti mozgalmát teljes rokonszenvével kísérte.

Folyékonyan beszélt magyarul, de fogatékosan, és pedig nem annyira kiejtése, mint grammatikája volt fogatékos. Német-ajkú szülöktől származván, az ő korában az elemi és középiskola nem nyújtott alkalmat és lehetőséget a magyar nyelv grammatikájának elsajátítására. Az iskola ezen hiányát kortársai között a leggyökeresebb magyar eredetű ember is érezte.

Ezekben igyekeztem doctor úrnak kérdésére lehetőleg kimerítő és bizonyára igaz feleletet adni és örülök bizonyosságot tehetni annak a férfúnak magyarsága mellett, ki felfedezése által egy Jenner, Lister, Pasteur mellett méltó helyet foglal el az emberiség jóltevői között.

Fogadja stb. stb.

Daruváry Alajos.

* * *

II. *Korányi Frigyes* ö Méltósága nagybecsű sorait a következőkben lehetek szerencsés közzétehetni.

Tisztelt Kollega úr!

A Kollega úr által Semmelweis tanárra vonatkozólag hozzám intézett kérdésekre a következő adatokat szolgáltatathatom:

Semmelweis tanárral az 1850. évtől fogva állottam összeköttetésben, a mikor ő egy súlyos kartörést szenvedvén, Balassa tanár, a ki mellett mint végzett orvosnövendék tiszteletbeli segéd-ként voltam alkalmazva, engemet bizott meg az éjjeli felügyelettel. Azon alkalommal tényleg kifejezte Semmelweis, hogy milyen fájdalommal esett neki megválni bécsi akadémiai pályájától és azon baráti körtől, a melyet Rokitsansky, Skoda és Hebra képeztek, a kikkel nemcsak baráti, de tudományos szoros összeköttetésben állott. De viszont azt is elbeszélte, hogy mily kevés figyelemben részesültek az ő észleletei és tanai a gyermekágyas fertőzésről a bécsi szülészek és nőgyógyászok, sőt a sebészek részéről. 1850. évben én magam jutottam Bécsbe, mint Schuh tanárnak magyarországi mütönövendéke. Schuh, mint akkor közelmert volt, a mütösebészek első sorába tartozott, de nem emlékszem, hogy ő egyetlen egyszer Semmelweisnek a sepsisre vonatkozó tanairól szólott volna, habár nála, épen úgy mint Budapesten Balassánál szabály volt, hogy hullákkal vagy gyermekágyi fertőzöttel foglalkozó orvosok, mielőtt sebesülteket megközelítettek volna, kezüket chlormészszel megmossák. Azon időtől Semmelweissal addig a míg elmebetegsége közüllünk ki nem ragadta, állandó összeköttetésben állottam, még akkor is, midőn vidéken laktam és igen közelről akkor, a midőn Budapestre lettem kinevezve. Hogy Semmelweis Budapesten igen jól érezte magát, azt tanúsíthatom. A legbensőbb érintkezésben élt Balassával, Markusovszkyval, Lumniczerral és mindazokkal, a kik a nálunk úgynevezett Balassa-társaságot képezték és a kik az újkori orvostudomány hívei voltak. Élénk temperamentuma és mindenkor vidám kedélyénél fogva

egyike volt azon társaság élesztőinek és még azon elkeserítő tapasztalásokat, megtámadásokat, sőt üldözéseket is, a melyekben az akkori bécsi és németországi szülésznek legnagyobb része részesítette, ezeket is jókedvvel és szokása szerint Burschen-vicezekkel fűszerezve szokta volt kifejezni. Hogy vajjon élt-e benne a vágy a bécsi egyetemhez visszajutni, azt nem tudom. Lehet, hogy az akkor vezető és éppen az ő barátai által fényessé vált bécsi egyetem vonzotta. Ilyen vágyat azonban kifejezni sohasem hallottam tőle. Hogy később nősülése mély és benső köteléssel kötötte Budapesthez, az nagyon természetes. Hogy azonban e mellett az ő Rókus-kórházi szülészeti osztályán, sőt később az Újvilág-utcai egyetem szülészeti klinikáján sem találta a viszonyokat elragadó szépeknek, az is tökéletesen igaz. A Rókus-kórházban állandó perben állott a lepedők mosása miatt a gondnoksággal és ebből a mulatságból még akkor is jutott ki, mikor egyetemi tanár lett, a hol az intézők szintén rossz néven vették, hogy olyan sok lepedőre volt szüksége a szülészeti klinikán.

A mi azon kérdést illeti, hogy mennyire befolyásolta Balassát Semmelweisnek sepsis-tana, azt már fennebb említettem és hogy ez a tan nem képezett éppen valami revolutionális momentumot a Balassa klinikáján, annak nemcsak az antisepsis-tan fejlődésének kezdetleges volta képezte az okát, hanem az is, hogy Balassa legelső műtői idejétől fogva idealja volt a praecis, a tisztaságot követelő és betegeit a végletekig szívén hordó sebészeknek, úgy hogy e tekintetben én, a ki abban az időben nemcsak a bécsi, hanem a párisi, londoni és a német nevezetesebb egyetemeknek sebészeit hosszas tanulmányutamból ismertem, mondhatom, hogy praecis diagnostika, az indicatiók éles felállítása és a műtétek praecis kivitel szempontjából egyetlen egyet sem találtam Balassa elébe és nagyon keveset mellé helyezhetőnek. A mi Semmelweis magyar kiejtését illeti, olyan volt, mint a legtöbb budai és igen sok pesti lakosé, nemcsak a polgári körökben, hanem részben a nép között is, sőt ezen körökben nemcsak Budán, hanem a Budához közel eső községekben is, a hol azért a magyar nyelvet tökéletesen birják és birta teljesen Semmelweis is. Német beszédje is nem a bécsi dialektussal állott rokonságban, hanem ugyanolyan volt, mint Budán. Hogy előadásait németül tartotta e, biztosan nem tudom megmondani, de nagyon valószínűnek tartom, mert még az én orvostanhallgató koromban, kivéve Balassát és Arányit, minden más tanár latinul vagy németül, és csak kivételesen ezen nyelvek mellett még magyarul is tartotta előadását. Én magam 1866-ban történt tanári kinevezésem után még 3 évig voltam a bécsi Unterrichts Rath rendetétéből kifolyólag kötelezve arra, hogy mindennap egy órát magyarul és egy órán át németül tartsak előadást a belgyógyászatból, és ez csak az alkotmányos ministerium kinevezése után lett megszüntetve.

Semmelweis életfolyása lényegében ugyanaz volt, mint mindazoké, a kik tudományos előhaladásra törekedtek. A budapesti orvosi egyetem kimondhatatlanul szűk és nyomorúságos intézeteivel és Bécsből kinevezett, többnyire nem nagy látkörű tanáraival nem nyújtott sok alkalmat tudományos képezésre és azért törekedtünk Bécsbe jutni, a hova az orvosi tudomány nagyjai az egész orvosi tudományos világot vonzották és folytattuk tanulmányainkat a távolabb külföldön is. A magyarországi orvostudományi viszonyok közt nem érezhettük magunkat kielégítetteknek, de ez Semmelweist, valamint elvtársait, nem arra ösztönözte, hogy Magyarországot itthagya, hanem hogy törekedjék tért nyitni Magyarországon az újkori orvosi tudomány meghonosítására és élettevékenységét ennek szentelje.

Budapest, 1905. június 3. án.

* * *

III. Navratil Imre ő Méltósága szíves és értékes nyilatkozata így szól:

Budapest, 1905. június 5.-én

Tisztelt Collega úr!

Becsés felszólítására, hogy bold. Semmelweis tanárra nézve, mint annak volt tanítványa, némi adatokat szolgáltassak, a következőket bocsátom rendelkezésére.

Semmelweist 1855-ben ismertem meg; később 1858-ban, midőn Balassa tanár mellett mint műtőnövendék voltam alkalmazva, bővebb alkalmam nyílt vele érintkezni; ugyanakkor voltam hall-

gatója. Miután a műtőintézetben hullákon dolgoztam, csak Balassának ajánlatára vett fel hallgatói közé, becsületszavamat véve, hogy hullákon végzett gyakorlatok után soha sem jövök klinikájára, viszont Balassa csak azon feltétel alatt ajánlott, ha Semmelweis kívánságának szigorúan meg fogok felelni, különben is egyébkor, ha a szülészeti klinikára megyek, kezeimet a legnagyobb gonddal chlormészszel desinficiáljam; a mit lelkiismeretesen teljesítettem is. A midőn Semmelweis elsőnek végzett Pesten ovariectomiát, Balassa segédkezett neki; a műtét a leggondosabb tisztálkodás mellett végeztetett, majd a midőn később Balassa is csinált ovariectomiát, a Semmelweis által ajánlott antisepticus eljárást alkalmazta.

Mindezekből kitűnik, hogy Balassa Semmelweis elveit osztotta és antisepticus eljárását magáévá tette.

A mi Semmelweis előadásait illeti, bár a Bach-kormány alatt 3: magyar, német, latin (a Bach-kormány által kinevezett osztrák tanárok mind német) nyelven adtak elő, ő előadásait magyar nyelven tartotta; nyelvezete, ha nem is volt ékes, de azért folyékony volt és érthetően fejezte ki magát.

Előadásai után gyakran hazakisértem, ekkor nem egyszer keserűen panaszkolt a bécsi élményeit, milyen méltatlanul bántak el vele ott (csak Skodáról és Hebráról emlékezett meg a legnagyobb elismerés hangján) s azért úgymond „örömmel ragadtam meg az alkalmat, midőn szülővárosomban a szt. Rókus-kórházban, mint rendelő orvos kaptam alkalmazást”.

Mint budai születésű, mindig büszkén magyarnak vallotta magát, s a 60-as évek elején egyike volt az elsőnek, kik demonstrative magyar ruhát öltöttek, így fényképeztette le magát és e fényképet ma is bírom, így van levéve azon a díszalbumlapon, a melyet mi az akkori tanártestület tagjainak hálaunk jeléül készítettünk. Előtte soha egy szóval sem említette, hogy visszavágyódnék Bécsbe, pedig beszélgetéseink közben nyíltan volna erre alkalom.

Elégedetlen csak klinikájának szűk helyiségeivel volt, de ebben osztottak vele többi tanártársai is, kik szüntelen ostromolták, élükön Balassával, a kormányt új és megfelelőbb klinikai helyiségek miatt, utalva a már tarthatatlan állapotokra. Végre a midőn Balassával együtt elhagyhatta a Hatvani- (most Kossuth Lajos) utcai szűk helyiségeket és az akkori Kunewalder (most polytechnikum) házba költözött, nálánál boldogabb embert alig lehetett volna találni. Itt működött 1865-ben bekövetkezett haláláig örömmel és lelkesedéssel.

A mit tőle Bécs szakszervei megtagadtak, azt megtalálta itthon, szak- és kartársai tisztelték őt, a fáradhatatlan tudóst és buzgó tanárt; nagy horderejű felfedezésének pedig teljes elismeréssel adóztak.

Tisztelt Collega úrnak stb. stb.

Dr. Navratil Imre udvari tanácsos, egyetemi tanár.

* * *

Fogadják e nyilatkozatok mélyen tisztelt írói azt a hálás köszönetet, melylyel nemcsak én tartozom nekik, de velem együtt mindazok, kik ez érdemes és fontos nemzeti ügy iránt érdeklődnek. Halálával fogjuk venni és közzétenni, ha azok, kik Semmelweisnek kortársai voltak, s hozzá bármilyen közel állottak vagy őt ismerték: egyáltalán, kik a szóban forgó kérdéshez róla adatokat nyújthatnak, azokat a szerkesztőségbe beküldik.

Tartozunk vele Semmelweisnek ép annyira, mint magunknak, hogy őt megvédjük, sőt megóvjuk ép úgy a támadások, mint az osztrákká-declaráltatása ellen. Mert Waldheim úr nem az első volt, ki ezt megpróbálta, s nem mondok, hogy az utolsó.

Győry Tibor dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A stuttgarti *Ferdinand Enke*, Németország legavallérabb s mindenkor áldozatra és szívességre egyaránt kész kiadója, két olyan remekmű megjelenését tette lehetővé, melyeknek elterjedése úgy orvosi körökben, mint műkedvelők körében kívá-

natos volna. Lássuk őket egyenként, megjelenésük idejének sorrendjében:

I. Eugen Holländer: Die Medizin in der klassischen Malerei. (Negyedré, XII + 276 lap, 165 képpel.)

Az orvostudományok érintkezése a művészettel kétségen felül egyike a legérdekesebb határterületeknek. 1861-ben írta Virchow találó szavait, mikor Holbein képét: „magyar szent Erzsébet”-et vette orvosi kritika alá, hogy művészi szempontból a beteg ember ép annyira alkalmas valamely művészeti alkotás eszméjét kifejezésre juttatni, mint akár egy rombadült ház vagy egy elkorhadt fa.

Gondoljuk el azt is, hogy mennyit köszön a festészet és szobrászat a boncztan tanulmányozásának és hogy a boncztani ismeretek mennyire segítettek a festészetet és szobrászatot tökélyre emelni.

Holländernek nagy érdeme, hogy az orvosi vonatkozását legkiválóbb képeket évek során át összegyűjtötte és az előtűnik fekvő díszes kötetben legpompásabb fényképes felvételekben kiadta.

Alig találunk tudományt, mely — bár lényegesen javultak az utóbbi évtizedben a viszonyok — annyira hálátlan lenne azok iránt, kik azt megteremtették és előrevitték, mint épen az orvosi. Napjainkban — a gyors előrehaladás és az előre is alig sejtett nagy fellendülés e napjaiban — sokan ironikus mosollyal fordulnak a régi orvosok és írásaik felé. Az egyetemi ifjúság nagyobb része beéri Vesalius, Paracelsus, Harvey nevével, de nagy munkáikról alig valamit, egyéniségükről pedig semmi közelebbit nem tud. A múlt idők nagy orvosai iránt, kik követ kő mellé raktak, hogy megalkossák vele tudományunk mai büszke épületét, s kiknek szakfoglaltságuk mellett még ahhoz is futotta az idejük és genialitásuk, hogy valóban nagy emberek is legyenek, ezek iránt az ifjúság elég nagy részének sajnos korán kifejlődő merkantil felfogása alig érdeklődik, s egy Guy de Chauliac, egy Petrus Camper, egy Bichat neve előtt már tanáctalán áll.

Az ilyen munkákat, minő a Holländeré, épen ezért nagyon szívesen kell üdvözlőnk. Mert észrevétlenül is felkelti az olvasóban az érdeklődést a tudomány múltja iránt. Mint szemléletes oktató munkának is jó hasznát vehetni az orvostörténelmi előadások fűszerezésére.

Szerző a tudományos fejezetek szerint csoportosítja tárgyát. Együtt találjuk az anatómiai képeket, ezeket követik a sebészetre, a belorvostanra, a kórházakra stb. vonatkozók; köztük Rafael, Michelangelo, Lionardo da Vinci, Rembrandt alkotásaival találkozunk. Megannyi képet mélyreható művészeti és alapos orvostörténelmi tudással megírt magyarázattal kíséri Holländer.

E munkának mintegy kiegészítőjeként jelent meg:

II. Robert Müllerheim: Die Wochenstube in der Kunst. (Negyedré, IV + 244 lap, 138 képpel.)

Ez a könyv is ugyanabban a fényes kiállításban s ép oly gondos szöveggel jelent meg. Szerzője szintén éveken keresztül gyűjtötte e specialis anyagot. Egy darabja ez is az általános művelődéstörténetnek. Hiszen szokások, eljárások, semmivel sem örökíthetők meg jobban, mint egykorú reproductiókkal. A festők vagy rajzolóok élő tanúi voltak koruk szokásainak s a kor az ellenőrzést nyomban maga végrehajtotta s így az utókor számára megbízhatókká tette a reproductiókat.

Müllerheim is csoportokba osztotta a bő anyagot s így az áttekintést és a történelmi megértést is könnyűvé tette. A szülőszoba, a szülőágy és szék, a gyermekágyas nő s gyermekének ápolása, a gyermek ruházkodása, táplálása stb., továbbá a szülőszobához fűződő különféle hit és babona, a népies és tudományos nézetek, stb. stb., megannyi érdekes, tanulságos és vonzó olvasmány, melyben még bizonyos családi bensőség is foglaltatik.

Melegen ajánlhatjuk e művet is úgy az orvosoknak, mint a műkedvelő közönségnek.

Mind a két említett munka valóságos remeke a typographikus művészetnek. Köszönet érte szerzőknek, kiadónak egyaránt.

Gy—y.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A tuberculosis gyakoriságáról. Az utóbbi években mindinkább tért foglalt az a hit, hogy a gümőkóros fertőzés általános elterjedésű s hogy alig van ember, a ki teljesen ment maradna tőle. Ez a hiedelem leginkább Naegeli és Franz közlései nyomán támadt.

Naegeli (Virchow's Archiv, 1900. 426 lap.) a zürichi kórboncztani intézetben több száz holttestet vizsgált meg e szempontból pontosan, s azt találta, hogy 97%-ban mutatható ki a gümőkór nyoma. Hasonló eredményre jutott Burkhardt (Münchener med. Wochenschr., 1903. 29. sz.) a drezdai kórboncztani laboratorium anyagán. Franz (Wiener mediz. Wochenschr., 1903.) a magyar-osztrák hadsereg 400 „egészséges” katonáján végezte vizsgálatait a tuberculin-módszer segítségével, s azt találta, hogy 60%-nál több egyénen állott be a gümőkórra utaló reactio.

Kraemer egy épen most megjelent dolgozatában (Zeitschrift f. Hygiene, 1905. 265. lap.) erős kritika tárgyává teszi e szerzők következtetéseit. Utal először is mások statistikai vizsgálataira, a melyek ellenkező eredményeket adtak. Így többek között Orth 1087 bonczolat alapján a tuberculosis gyakoriságát csak 27—28 százaléknak találta. Ezt a nagy eltérést Kraemer, szerint első sorban az magyarázza meg, hogy a különböző szerzők anyaga más-más társadalmi rétegből származik. Naegeli anyaga leginkább gyári munkásokból, különösen a textil-iparban alkalmazott munkásokból állott, a mely ipar a velejáró porképződés útján tudvalevően igen elősegíti a tuberculosis fejlődését. E mellett Kraemer, Naegeli dolgozatából nem merithette azt a meggyőződést, hogy az, a mit e szerző gümőkóros elváltozásnak ír le, csakugyan minden esetben az.

Franz dolgozatát Kraemer szerint először is az a gáncs érheti, hogy a tuberculosis-reactio nem egészen megbízható módszer a gümőkór megállapítására. E módszernél igen sok hibaforrás merül fel s még az a főkérdés sincs minden kétséget kizáró módon megoldva, vajjon teljesen egészséges, nem tuberculosisos egyén csakugyan sohasem adhatja-e a positiv reactiót. Tekintetbe veendő az is, hogy Franz vizsgálatait olyan ezreden végezte, melyben már több éven át feltűnő nagy volt a tuberculosisban való halálozás.

Kraemer arra a végeredményre jut, hogy az az állítás „dass Jeder ein bisschen tuberculös sei”, hogy csaknem minden emberben feltehető egy még aktív vagy már eltokolt gümőkóros gócz, túlzáson alapul s nem tekinthető tudományosan bebizonyítottnak. Az irodalmi adatok közül Orth adatai érdemelnek eddig leginkább hitelt.

A pneumococcusok gyakorisága egészséges emberek nyálában. Ismeretes, hogy a tüdőgyulladás diplococcusai egészséges ember nyálában is előfordulnak, még pedig az eddigi adatok szerint az esetek 20%-ában. E kérdést újra vizsgálat tárgyává tette három amerikai szerző, s közösen megírt dolgozatukban érdekes adatokat olvasunk. A pneumococcusok jelenlétét házinyulakra való beoltásokkal állapították meg. 50 egyén nyála közül 18-szor (36%) voltak e módon a diplococcusok kimutathatók. Kiderült az is, hogy tavasszal és nyáron több a pneumococcus a nyálban, mint télen, továbbá, hogy gyakoribb az olyan egyének nyálában, a kik munkájukat zárt helyiségben végzik, mint a kik szabadban tartózkodnak. A pneumococcusok állandó tanyája a mandola, melynek cryptáiban ezek a streptococcusok mellett kényelmes bújóhelyet lelnek. Ruediger G. F. (Transact. Chicago Path. Soc., 1905. 299. lap.) vörheny, kanyaró és tonsillitis eseteiben megvizsgálta a tonsillák kaparékát és több pneumococust talált bennük, mint streptococust. (Frost, Divine and Reineking, Journal of Infectious Dis., Supplement, 1905. 1. sz., 298. lap.)

Belgyógyászat.

Facialis-hűdés oka gyanánt J. Meyer (Berlin) esetében egy a nyakon keletkezett furunculus kapcsán támadt nyirokmirigymegnagyobbodás a foramen stylo-mastoideum táján volt kimutatható. A nyirokmirigy nyomást gyakorolt a facialisra ki-lépésének helyén. A furunculus bemetszése és az ennek követ-keztében beállott mirigymegkisebbedés után a hűdési tünetek

csakhamar engedtek és már 14 nap múlva a kezdetben teljes hűdés úgyszólván teljesen megszűnt, csak az illető izmok nagyon csekély mérvű gyengesége volt még kimutatható. (Medizinische Klinik, 1905. 33. szám.)

Bélconcrementum sajátságos esetét közli Naunyn. A beteg 10 év óta használt fájdalmas gingivitis ellen tinctura myrrhae-t és tinctura ratanhae-t tartalmazó szájvizet. Ez a szájvíz a nyállal meglehetősen vaskos csapadékot képezett, a mely a kiesapódott gyantát tartalmazta. A csapadék egy jó része ott maradt a gingiva áthajlási redőjében és innen evéskor a táplálékba került és ezzel a gyomorba, a hol a gyanta szabadbá vált és utóbb lassanként nagyobb tömegekké összeverődve a bélben rakódott le, appendicitishez avagy perityphlitishez hasonló rohamokat váltva ki. Kiürülésükkor egy részük a flexura sigmoideában rekedt meg, a bal hypogastriumban tapintható tumort képezve, a mely daganat concretumoknak a bélsárral távozása után eltűnt. A gyógyítás hashajtó ásványvizek ivásából, beöntésekből és a diéta kellő rendezéséből állott. (Deutsches Archiv für klinische Medizin, 84. kötet, 1—4. füzet.)

Gümőkóros pyopneumothorax gyógyult esetét ismerteti Penzoldt. Az eset részletei közül kiemelendő, hogy gyökeresebb sebészeti beavatkozás nem történt, csupán ismételt punctiót végeztek, részben rákövetkező jodoform-befecskendezéssel és hogy a tüdő, a melyben szintén volt gümőkóros folyamat, a kilencz hónapos compressio daczára teljesen tázulásképes maradt. A gyógykezelésben nagy szerepet játszott a hygienés-diaetás kezelés: fekvőkúra a szabad levegőn és túltáplálás. Természetesen nem minden esetben jár ilyen kedvező eredménnyel a conservativ kezelés. (Deutsches Archiv für klinische Medizin, 84. kötet, 1—4. füzet.)

A **laparotomia** hasznáról hashártya-gümőkór eseteiben értekezik Göschel. Könnyebb, szövödmény nélküli esetekben, főleg a gyermekkorban, a hashártya-gümőkór magától is meggyógyul az eseteknek körülbelül $\frac{1}{3}$ -ában. A spontan nem gyógyuló esetek egy bizonyos százalékban a műteti beavatkozás vezet eredményre. Legjobbak a kilátások az exsudativ alakban, kevésbé jók az adhaesiv és a tumorokat képező alakban, a genyes-ulcerosus alakban pedig úgyszólván semmi eredményt sem lehet elérni. A gyulladás akkor következik be, ha a peritoneum védekező képessége nagyobb, mint a gümöbacillusok invasioja. A műteti beavatkozás a peritoneum védekező képességét fokozza, a mennyiben vérbőséget okoz, az intraabdominalis nyomást csökkenti, a vérkeringési és resorptiós viszonyokat javítja, a légzést megkönnyíti. Szerző 19 esete közül 9 halállal végződött, még pedig kivétel nélkül a tüdőbeli gümőkóros folyamat előhaladása következtében. 10 esetben javulás következett be, ezek közül háromban végleges gyógyulás. Káros hatása a műtét egy esetben sem volt. (Deutsches Archiv für klinische Medizin, 84. kötet, 1—4. füzet.)

Enterogen cyanosis. A cyanosist okozó betegségek száma tudvalevően igen csekély; leginkább szivbántalmak és emphysema hozzák e tünetet létre. Osler tanár néhány év előtt a cyanosisnak egy közelebbiről még nem ismert alakjára figyelmeztetett, melynek oka gyanánt csak lépmegnagyobbodás és polycythaemia mutatható ki.

1902-ben Stokvis (Amsterdamban) egy új kóralakot irt le „enterogen autotoxikus cyanosis“ néven. A betegségnek három főtünete van: bélhurut, kifejezett cyanosis és dobverőszerű ujjvégek (?). A vérben a spektroskoppal methaemoglobin mutatható ki. A cyanosis Stokvis szerint a bélbántalommal függ össze olyan módon, hogy valamely rendellenes módon keletkező toxin felszívódásának a következménye.

Bergh most e bántalom két újabb esetét ismerteti (Deutsches Archiv f. klin. Medizin, 1905, 86. lap). Esetei közül tulajdonképen csak az egyik (felöltött fiatal ember) egyezik meg teljesen a Stokvis leírásával. A másik esetben (9 éves fiú) a beteg vérében sulfomethaemoglobin volt kimutatható. A betegnek igen erős chronikus dugulása volt; bélsara kénhydrogent tartalmazott. A cyanosis nyilván ez utóbbi felszívódásának a következménye volt. Ha a beteg bélsatarnája néha-néha kiürült, azonnal megszűnt a cyanosis s ismét megjelent a dugulás beálltával.

Idegbajok.

Az **epilepsia** kezelése tekintetében Strümpell kifejti, hogy csak tüneti kezelésnek vagyunk birtokában. Remélni lehet azonban, hogy a baj végül a fejlődés folyamán magától változik. Ezen reményt a hős szám megjelenéséhez vagy elmaradásának idejéhez, az előhaladó korhoz, terhességhez, gyermekágyhoz, közbeneső betegségekhez szokás kötni, a mely körülmények befolyásának lehetőségét nem lehet egészen tagadni, akár kedvező, akár kedvezőtlen irányban. Spontan gyógyulás van, de ritka.

A rohamok leküzdésében áll ma a gyógyítás és ez nemesak azért szükséges, hogy a rohamoktól megszabadítsuk a beteget, de azért is, mert a rohamok szaporodása a baj előrehaladását, ritkulása pedig annak javulását jelenti. De azért mégsem szabad elfelejteni, hogy a roham csak tünet és figyelemmel kell lenni a beteg általános testi és pszichikai jólétére is. A rohamok ritkulása pszichikai rosszabbodás kíséretében drágán fizetett eredmény. Megelégedettek csak akkor lehetünk, ha a rohamok ritkulásával az általános jólét is javul, vagy legalább is változatlan marad. A reflex-epilepsia tanát Strümpell is elveti és az ide sorolt eseteket hysteriasoknak tartja, a mely véleménye megegyezik a már általánosnak mondható nézettel. Eseteiben, melyekben fül- és orrbajok „buzgóhitű“ specialisták erőlyes kezelése alá kerültek, kedvező eredmény sohasem volt, kedvezőtlen elég gyakran. Tehát az epilepsiáson meglevő egyéb bajt kezelni kell annyira, a mennyire a baj maga kezelésre szorul, de ne igérjünk attól eredményt az epilepsiára és *kiméljük meg betegeinket az epilepsia ellen irányuló erőlyes orr-, genitális vagy egyéb kezeléstől.* Az epilepsiás beteg egyes rohamát más külső körülmények inkább elősegíthetik (alkohol, ingerültség, fáradság), mint egy peripheriás heg.

Az életmódra vonatkozólag S. a következőkre figyelmeztet. A beteg kerülje a szellemi túlságos munkát, a pszichikai traumák is működészavart okozhatnak. Az epilepsiás beteg éljen lehető csendesen és egyenletesen. A többek által ajánlott növényi étrend ritkán látszott rövid időre eredményesnek, de miután kártalan, meg volna kísérelhető. A tiszta tejdiétaának is csak ideiglenesen lehet nem jelentős szerepe. A sótalan diétára vonatkozó lelkes czikkeket S. igen túlzottnak tartja és ezen mozgalmából csak annyit használ fel, hogy a sok só alkalmazását az étkezésben eltiltja. Könnyű esetekben kevés szeszes ital nem okvetlen tiltandó, de súlyosabb betegeknek teljes abstinenciában kell élniük. S. olyan eseteket is észlelt, melyekben csak akkor állott elő a roham, ha a beteg túllépte az ivásban a határt. A nikotin hatása kevésbé szembeötlő, de ebben és az erős fűszerek alkalmazásában is nagy mérsékletet kell tartanunk. Testi mozgás tekintetében óvatos tornagyakorlatok ajánlhatók. S. elméleti okoskodásból kiindulva előszeretettel alkalmaz azon végtaggal végzett gyakorlatokat, melyben az epilepsiás roham kezdetét veszi, ha a kiinduló pont állandó. A betegek ezt az eljárást szerették, de S. bevallja, hogy valami különös győgyeredményt attól nem látott.

Az esetek egy részében a brom a rohamok számát ritkítja, de elég sok eset van, melyben a brom nem használ. A napi adag felnőtteknek 5 gm. szokott lenni, nem ritkán adnak 10—15 gm. ot is. S. nem barátja a nagy adagnak és nem helyesli azt a nézetet, hogy a bromot addig kell fokozni, míg a beteg lusta lesz, pupillái renyhén reagálnak. A már elbutult intézeti ápolásban levő betegnek előnyös a sok brom, ha rohamait féken tartja, de az olyan epilepsiás, a ki a rohammentes időben jól érzi magát és munkaképes, ha annyi bromot kap, hogy étvágytalan lesz, emlékezete gyengül és elálmosodik nappal is, a túlsok bromnak még akkor is kárát vallja, ha rohamainak száma csökken. A petit mal-rohamokban a brom hatástalan. Az első epilepsiás roham után nem kell azonnal bromot rendelni, inkább az egyéb szabályokat írjuk elő. Ha a roham igen ritka, csak 2—3 hónaponként ismétlődik, a brom megkísérelhető, de csak addig a határig, míg kellemetlenséget nem okoz. S. azt hiszi, hogy a betegek sokszor nem az epilepsiától, hanem a bromtól butulnak el. Ha a brom nem használ, az atropin és zincum oxydatum jó hatású lehet. Ilyen esetekben S. néha valeriana-készítményeket is ad, este elfogyasztandó valeriana-tea alakjában. (Deutsch. Archiv f. klin. Med. 84. köt.) Kollarits Jenő.

Az agyvelőkéreg solitaer tuberculomának műtévése után állítólag gyógyulás állott be *Alessandrini* esetében. A tünetek a következők voltak: jobboldali göresökkel járó Jackson-epilepsia, jobboldali hemiparesis, csonttuberculosis. A kezelés elején kén-esókúra hatástalan volt. Ugyancsak eredménytelen volt a bromkezelés. Sajnos a közleményben nem találjuk feljegyezve, hogy mennyi ideig és mennyi bromot használt a beteg. Műtét után a beteg aphasiás lett egy izben, 4 hónappal a műtét után göres-rohama is volt. Az aphasia 7 hónap alatt majdnem gyógyult, a hemiparesis javult. Minthogy a megfigyelés 7 hónappal a műtét után zárul és roham is jelentkezett időközben, az eset véglegesen gyógyultnak nem tekinthető. Megjegyzendő még, hogy a tuberculom felett tompult volt a kopogtatás hangja és a koponyacsont e helyen nyomásra fájdalmas volt. (Monatschrift f. Psych. u. Neur. 18. kötet, 1. f.)

Kollarits Jenő.

Családi morphinismus-ról ír *Briand* és *Tissot*. Neuropathiás terheltség kell ahhoz, hogy valaki morphinista legyen. Szerzők közlik, hogy egy neuropathiás család egyes tagjai mint estek sorjában áldozatul e szenvedélynek. A család fogadott fia volt az első morphinista, a ki a befecskendéseket a többiek jelenlétében adta magának és így azok kíváncsiságát felkeltette. Mostoha anyját és nővérét fogfájáskor beszélte rá a morphiumbefecskendésekre, mostoha fivérével egy álmatlan éjjel ugyanígy tett. Az ok, a mely miatt a többieket rávette, az volt, hogy ő maga zavartalanul áldozhasson szenvedélyének. Most az egyes családtagok egymásnak adtak minduntalan morphiomot, gyakran az utcán is séta közben. A morphiomot a mostoha fiú szerezte be és ezen réven ura lett a családnak, a melyet a befecskendésekért meg is zsarolt. Később a többi családtag is szerzett magának recipét és végül akadt gyógyszerész, a ki hitelbe is adott nagyobb mennyiségű morphiomot, sőt időnként személyesen is ellátogatott a családhoz megtudandó, hogy nem fogyott-e az el.

1896-ban szigorították Belgiumban a mérgek eladását, e miatt az egész család Párisba költözött, még pedig mintán minden pénzüket morphiomra költötték, gyalog, 3 hónap alatt tették meg az utat. Hogy morphiomot kapjanak, loptak és a lopott dolgokat eladták. A család több izben határozta el, hogy leszokik a morphiomról, de ez sohasem sikerült nekik. (Archives de neur., 1905. július.)

Kollarits Jenő.

Sebészet.

A gyomortartalom szabad sósavának hiánya vagy jelentékeny megfogyatkozása nemcsak gyomorrákban fordul elő, hanem a legkülönbözőbb tájékokon és szervekben fejlődő egyéb rákokban is, mint az *Moore* vizsgálataiból kiderül. 17 különféle (uterus, mamma, prostata, rectum, nyelv, pofa) rákban szenvedő beteget vizsgált meg e tekintetben s azt találta, hogy az esetek 2/3-ában a szabad sósav teljesen hiányzott, a többi esetben pedig lényegesen megkevesbedett; a hatékony savmennyiség, mint az a methylacetatinversio gyorsaságából megítélhető volt, a normalis egyénekéhez képest a carcinomásoknál szintén igen nagy mértékben csökkent. *Moore* ezen észleleteiből arra következtet, hogy a gyomorrákban észlelt achlorhydria, illetőleg hypochlorhydria nem a gyomorban szereplő helyi okok következménye, hanem mint a többi rákban, a vér szabad hydrogenionjainak megfogyása s a véralkalicitás növekedése által feltételezett. Hogy maga a véralkalicitás növekedése egy az alképletek növekvését előmozdító körülmény lehet, physiologiai észleletek látszanak igazolni. Így pl. *Loeb* azt tapasztalta, hogy a tengerisün tojásai a rendesnél sokkal tetemesebb nagyságot érnek el, ha a tengerivíz alkali tartalma csak minimálisan is megnövekszik. A véralkalicitás csökkentése savak adagolásával nehezen érhető el, mert ezek a máj- és vesesejtek termékei által neutralizálódnak, ha egyszer az organismus kóros véralkalicitásra van beállítva. (The Lancet, 4260. szám.)

Pólya.

Treitz-féle sérv műtett esete. *Haberer* hashártyagyulladás és ileus tünetei közt megbetegedett, már elesett nőbetegen laparotomiát végeztet, a mikor is kitűnt, hogy úgynevezett Treitz-féle sérv esete forgott fenn. A plica duodeno-jejunalis oly szorosan fogta körül a kizárt bélrészlet tövét, hogy ennek visszahelyezése csak a nevezett redő átvágása után sikerült. A beteg meggyó-

gyult. A kórtörténetnek érdekes mozzanata az, hogy a beteg a műtét előtt mindössze csak öt napig érezte rosszul magát; pedig a kizárt részletből proximal eső bélnek nagyfokú tágulása arra utalt, hogy a folyamatnak már régebben meg kellett indulnia. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 11. szám.)

H. P.

A hólyagvarrat kérdésében *sectio alta* után *C. Hofmann* (Kalk-Köln) a következő nézeteket vallja. Már műtét előtt megfelelő antisepticumok belső adagolásával arra törekedjünk, hogy a vizelet rendessé váljék; Hofmann e célból mint kitűnő vese- és hólyagantisepticumot a Lüders (Charlottenburg) gyártotta vesipyrin-t ajánlja, porban vagy tablettákban, 1'0—4'0 gm.-nyi napi adagban. Ezen gyógyszer nagy előnye, hogy a veséket nem izgatja, a belekben belőle lehasadó salicylsav gyorsan megy át a vérbe, órákig válik ki a vizelettel és hogy a cystitis tüneteit meglepően hamar mulasztja el. Az illetén módon előkészített betegnél, történiék a magas hólyagmetszés bármely okból, a hólyagot teljesen bevarrja és néhány öltéssel a hasfalhoz rögzíti. Az összetapadás oly gyors és állítólag oly biztos, hogy Hofmann a praevescialis tér hagyományos tamponálását egészen elhagyja; eddigelé vizelet beszűrődést ezen elsődleges varrat után nem látott. Állandó kathetert a hólyagba nem vezet, inkább gyakrabban csapolja meg betegét. Az utókezelés tartama alatt is tanácsos a betegekkel vesipyrin-t, napi 2 gm.-nyi adagban, szedetni. Módszerével elért eredményeit Hofmann nagyon dicséri. (Zentralbl. f. Chirurgie, 1905. 23. szám.)

Gergő.

A térdizület arthrodesisének technikájával foglalkozik *Turner* (Szt.-Pétervár). Eszközt szerkesztett, mely „automatikus” beretvához volna hasonlítható, és mely fogantyúból, valamint két késből áll; ezek egyike kifelé domború, másika homorú és arra szolgálnak, hogy a femur és tibia porcfelszínéből gyorsan és biztosan szelhezzünk le megfelelő porcporongokat. A nagy csontok coaptatioja után *Turner* eltávolítja a patella porcporcát és odavarrja a térdkalácsot a femur és tibia felfrissített részleteihez. A térdet körkörös gipszkötésben rögzíti. A beteg két hétig fekszik; a harmadik hét elejétől kezdve már fennjár, mire a csontok consolidatioja gyorsan bekövetkezik. *Turner* eljárását rövid időn belül 15 esetben tapasztalta ki; valamennyiben lötyögő térdizület állott fenn gyermekbénulás nyomán. Eredményeit igen sikereseknek mondja. (Zentralblatt für Chirurgie, 1905. 24. szám.)

Gergő.

Bőrkórtan.

Keratosus palmaris et plantaris, mint öröklékeny családi betegség. *Jacob* és *Fulton* egy családról tesznek közlést, melynek hét élő tagján (apa, három gyermek és három unoka) észlelhető nagy mértékben a tenyér és talp bőrének nagyfokú elszarusodásában álló anomalia. A legfiatalabb gyermek húsz hónapos; tenyerén és talpán a bőr vastag, durva, fehér. A felnőtteken az elszarusodott hám 3 mm. vastag és majdnem fekete; a tenyér rendes barázdáit mély hasadékok helyettesítik, a melyekben a hám normalis, s a melyek nem repedezettek és fájdalmasak, mint a szerzett keratosus barázdái. A család legidősebb tagjának adatai szerint a betegség öt generatio óta öröklődik át a családban. (Brit. Med. Journ., 1905. július 15. 125. old.)

Jothion. Ismereteink az egészséges bőr absorptióképességéről maig sem tökéletesek, jöllehet az nemcsak tudományos, de gyakorlati szempontból is fontos. Az egyes szerek külső alkalmazásának értéke ugyanis egyedül attól függ, hogy képes-e egyáltalában a köztakaró az illető gyógyszert felvenni, absorbeálni. E kérdést újabban a jothionnal igyekeznek megfejteni, mely egy 80% jodot tartalmazó sárgás, olajszerű anyag. Vízben csaknem oldhatatlan, alkohollal, aetherrel, vaselinnel és lanolinnal azonban jól keveredik. A készítmény (Bayer, elberfeldi gyár) főelőnye az, hogy a bőrön keresztül igen könnyen felszívódik, a mi által a szervezet tetemes jodmennyiséghez jut a nélkül, hogy a bélhuzamot kellene igénybe venni. A jothion e tulajdonságát gyógyítás céljából első sorban oly esetekben vesszük igénybe, hol a jodkezelés specifikus hatású, tehát a syphilis késői szakában. A szerzők közül talán *Lipschütz* (Über kutane Darreichung von Jodpräparaten, Archiv f. Dermat. u. Syph. 74. köt., 2—3. f.) foglalkozott legbehatóbban a jothionnal. Tapasztalata szerint már igen csekély jothion-mennyiségnek

a bőrre való ecsetelését jodbekebelezés követi, a mit a nyálynak jodreactiojával lehet bebizonyítani. *Lipschütz* a jothionnal összesen 30 tertiaer syphilis esetet kezelt, a melyekben a tünetek és elváltozások rendszeren súlyosak és előhaladottak voltak. A jothionkezelés ecsetelések alakjában történt, a mihez az adagok minden esetben 2—5 cm³-t tartalmaztak. Ily percutan kezeléshez az esetek súlyossága szerint 10—35 ecsetelésre volt szükség, két eset kivételével valamennyi meggyógyult. A jothion percutan alkalmazásakor a jodismus nem gyakori, ha fel is lép, mindig igen enyhe lefolyású. *Lipschütz* mindezek alapján a jothion alkalmazását melegen ajánlja, főleg ott, hol nem gyors, haladéktalan beavatkozásra van szükség. *Dresler* (Zur Anwendung des Jothions, Berlin. klin. Wochenschr., 1905. 23. sz.) főleg állatkísérletekkel tanulmányozta a jothiont; ezeknek eredményeképpen kifejti, hogy a jothionnak egyedül percutan alkalmazása helyes, ellenben káros és ezért elvetendő annak subcutan vagy belső használata. Jó hatást láttak *Joseph* és *Schwarzschild* (Über das Jothion, Deutsch. med. Wochenschr., 1905. 24. sz.) is, a kik közül az utóbbi közel 30 beteget kezelt percutan alkalmazott jothionnal. *Schwarzschild* 25%-os és 50%-os jothion-kenőcsöket használt, a melyekkel valóságos inunctio kúrákat végeztetett. Tapasztalata szerint ez a kezelési mód a bőrt sohasem irritálja, jodot pedig elég bőven visz a szervezetbe. A bekenések napi adaga egy kávés kanálnyi mennyiség volt. A jothion kedvező gyógyhatása első sorban tertiaer syphilisnek nyilvánulásainál volt észlelhető. A legújabb idevágó vizsgálati sorozatot *Volk* (Die therapeutische Verwendung der Jothions. Die Heilkunde, 1905. 7. f.) végezte összesen 30 lueses betegen. A jothion hatása főleg tertiaer lueses esetekben vált be és szerzőnek egyetlen kifogása csak az, hogy a bekenéseket aránylag gyakran követik kisebbfokú dermatitisek, a mi mindenesetre a jothion izgató hatásán alapul. Mint látjuk, e tapasztalat ellenkezik *Schwarzschild* fenti állításával. A jothion napi adagjának felső határa 5 cm³. A mi a jothion gyógyhatását illeti, *Volk* a legnagyobb elismeréssel nyilatkozik e készítményről és e tekintetben *Lang* tekintélyére is hivatkozik, ki az eseteket vele együtt észlelte. Véleménye szerint a jothion használata különösen oly soporosos betegeknek ajánlatos, kiknek béltractusa jodkészítményeket el nem tűr. Jodismus jothionkezelés mellett úgy látszik nehezen jöhet létre és akkor is csak igen csekély mértékben.

Guszmán.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Idült veselob kezelése. *Grisson* véletlenül jutott annak a tudomására, hogy a birsalma nephritis chronica eseteiben nagyon kedvező hatású és azóta már ismételt meggyőződött a rendszeres birsalmahasználat jótékony hatásáról nevezett betegségben. Ujabban *Müller* gyógyszerész (Hamburg-Pöseldorf) birsalmából egy készítményt állított elő, mely *cydonin* néven kerül forgalomba s a melylyel szintén jó eredményeket értek el. (Vereinsbeilage der Deutschen mediz. Wochenschrift, 1905. 25. sz.)

Idült tüdőgümőkór eseteiben *Rénon* nagyon dicséri a tannint. Minthogy azonban a tannint csak kevés beteg tűri jól, nagyon gyakran jelentkeznek használata után gyomor- és bélzavarok: inkább a tannigen használandó, mint a melyből a tannin csak a bélben lesz szabaddá. Szerző szerint legjobb 20 centigrammos adagokat rendelni naponként 2—3-szor. (Journal des praticiens, 1905. 5. szám.)

Neuronallal a bécsi I. psychiatria klinikán nagyszámú kísérletet végzett *Raschkow*, a melyek különösen azért érdekesek, mert a neuronal hatását összehasonlította más újabb hypnotikumok (veronal, isopral, hedonal) hatásával. Az eredmény az volt, hogy a neuronal, isopral és hedonal hypnotikus hatása körülbelül egyforma, a veronal hatása pedig nagyobb. (Pharmakol. u. therap. Rundschau, 1905. 8. szám.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. augusztus 11.

× **Állami elmegyógyintézet** kinevezések. A belügyminister a budapest-lipótmezei elmegyógyintézetben megüresedett főorvosi állásokra *Pándy Kálmán* dr., a gyulai közpörház elmebetegosztályának főorvosát és *Nagy Dezső* dr. nagyszombati m. kir. állami elmegyógyinté-

zeti főorvost, valamint az ugyanezen intézetnél megüresedett másodfőorvosi állásra *Hollós Izidor* dr. ottani másodorvost, a nagyszombati m. kir. állami elmegyógyintézetnél megüresedett főorvosi állásra pedig *Strobl Villibald* dr. lipótmezei állami elmegyógyintézet másodfőorvost nevezte ki.

— **Kinevezések.** Csongrád megye főispánja *Kiss Gábor* dr.-t, Szeged városi tisztiorvost megyei főorvossá nevezte ki. — Pozsony megye főispánja a nagyszombati kórházhoz *Nagy Pál* dr.-t osztályorvossá, *Frommer Ede* dr.-t pedig segédorvossá nevezte ki. — Baranyamegye főispánja *Szánthó Sándor* dr.-t a pécsi elmegyógyintézet másodorvosává nevezte ki.

† **Elhunyt:** *J. Metnitz*, a fogászat rendkívüli tanára a bécsi egyetemen, 44 éves korában e hó 3.-án. — *W. Flemming*, az anatomia tanára a kieli egyetemen, e hó 4.-én 62 éves korában. — *Maximovics Vazul* dr. volt karlócai főorvos augusztus 3.-án 39 éves korában Zomborban.

† **Kisebb hírek külföldről.** *B. Heine*, a berlini egyetemi fülbeteg-klinika segéde a tanári címet kapta. — *J. Arnold* heidelbergi tanár e hó 19.-én éri meg 70. születésnapját.

± **A francia orvosok átlagos életkora** 64³/₄ év. Aránylag nagyon sok orvos éri el a 70—79 évet. 90 éven felül még 216%-uk él, a 100 éves kort azonban csak egy érte el.

× **A pasteurizált tejet általában veszélytelennek tartják**, noha nem mindig az. *Ostertag* tanár utal egy újabb cikkében arra (Ärztliche Sachverst.-Zeitung, 1905. 14. szám.), hogy a pasteurizálás nem teszi tönkre a peptonizáló baktériumokat, ennek folytán a tejben erős mérgek képződhetnek. Ezenkívül a pasteurizálás folytán nem válnak láthatókká a lefolyt bomlásfolyamatok; továbbá a pasteurizált tej rothadhat, a mi a nyers tejjel nem eshetik meg.

† **Idegen orvosok Svájcban.** Svájcban az orvosi gyakorlat Glarus és Appenzell kantonok kivételével svájci diplomához van kötve. Némely kantonban kivételesen mégis megengedik a saison idején külföldi, nevezetesen német orvosoknak a praxist, így különösen a Graubünden kantonhoz tartozó Davos és St.-Moritz gyógyhelyeken. St.-Gallen kanton legújában egy konkrét eset kapasan megtagadta az ilyen kivételes engedelmet is; a nagy tanácsban kisebbségben maradt az a nézet, hogy a saison idején megadható idegen orvosoknak az az engedelem, hogy idegen betegeket gyógyíthassanak.

† **Veszetség egerharapástól.** A párisi Société de biologie július 1.-i ülésén *Remlinger* dr. Konstantinápolyból egy esetről tett közlést, melyben egy fiatal leány egerharapástól kapott halálosan végződő vesztséget. A roham hat hónappal tört csak ki a harapás után, és kilencz nap alatt vezetett halálra. Ismeretes, hogy az eger és patkány vesztségekbe eshet, ezen állatok harapásaiból magyarázhatók talán az úgynevezett spontán vesztségek esetei, a melyeket emberen és állatokon észleltek.

⊕ **A füstbehehelés következményei tüdőtüdőkon.** A berlini városi tüdőbeteg főorvosának nemrég megjelent évi jelentésében érdekes adatokat olvasunk a füstbehehelés káros hatásairól. Ezek közt a leggyakoribbak a szivneurosis s a neurasthenia, melyben igen sok tüdőtüdő szenved. A közönséges füstön kívül a tüdőtüdő gyakran vannak kitéve a különböző gyárak égésénél képződő specifikus gázok mérges hatásának. Így a celluloidgyárak égésénél kéksav képződik, mely ajúlást és myocarditist okozhat. A nagy kiterjedésű Schering-féle vegyészeti gyár égését 1897-ben számos tüdőtüdő sinylette meg ezen a réven, többek közt a főkapitány is, ki myocarditisbe belehalt.

○ **A nagy-mihályi közpörháznak kimutatása 1904-ről**, mely *Chudovszky Móricz* dr. igazgató-főorvos tollából most jelent meg, több szempontból tarthat érdeklődésünkre számot. A kimutatásban ugyanis egyfelől azt olvassuk, hogy a nagy-mihályi közpörháznak 1904-ben 10,329 betegápolási napon 1161 beteget orvosoltak, köztük 496 sebészt. Valóban impozáns szám, főleg, ha meggondoljuk, hogy a peripherián lévő kisebb helységi kórházának működéséről van szó. Még jobban igazolja az intézmény vezetőségének rátermettségét, hogy ott a mult év folyamán 555 műtétet végeztek, nem számítva bele a törések ellátását, kemény kötések alkalmazását, katheter-bevezetést, oesophagussondázást s több apróságot; a műtétek részletes felsorolásánál — a kimutatás a nevezetesebb esetekről rövid körtörténetet is közöl — viszont oly sok úgynevezett nagy műtetre akadunk, hogy e nagy műtétek fajtája és száma akármelyik nagy kórháznak is dicsére válna. Érdekes másfelől a kimutatás azért is, mert szerzője utánajárt valamennyi betegénél annak, hogy vajjon alkoholista-e az illető vagy sem s ez utánjárása arra a szomorú eredményre vezetett, hogy a kórházban ápolott 1161 beteg közül 360, tehát az összes létszámnak közel egyharmad része élt vissza szokványosan az alkohollal. Van azonban annak a vidéknek egy másik csapása is. A környék lakosságának nagyrésze ugyanis seregestül vándorol ki Amerikába. Elinduláskor valamennyien egészségesek, mire pedig 2—3 év múlva visszajönnek, igen jelentékeny százaléuk tuberculotikus. Felhasználva az ambuláns beteganyagot is, szerző bizonyára ez irányban is fontos statisztikai adatokkal emelhetné kimutatása érdekességét.

— **Hibaigazítás.** Lapunk 31. számában az 553. oldal 2. hasábján „Adat a gümőkór kezeléséhez” címmel közölt szemelvényben ismételt előforduló „phloridzin” szó „floricin”-re (a ricinus-olaj egy származéka) helyesbítendő. A „Berliner klinische Wochenschrift”, melyből a szemelvényt átvettük, közölte volt hibásan a nevet és csak most igazította helyre a tévedést.

+ Magyar fürdők látogatottsága. Iglifürdő (VIII. 6.) 586; Lipik (VIII. 6.) 3113; Daruvár (VII. 31.) 1125; Ujtátrafűrdő (VII. 30.) 1278; Tátrafűrdő (VIII. 5.) 2262; Tátra-Széplak (VII. 28.) 934; budai Erzsébet-szfűrdő (VIII. 1.) 1422.

| A budapesti egyetemi I. számú női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét július hó folyamán 75 esetben vették igénybe; a műtétek száma 58 volt.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 30. hetében (1905. július 23-tól, július 29-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Elveszülött 338 gyermek, elhalt 355 egyén, a születések tehát 60-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 24.1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 22.1, az egy éven felüli lakosságnál: 20.4, az öt éven felüli lakosságnál: 3.7. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 2, meningitis tuberculosa 3, apoplexia cerebri 2, convulsiones 3, paralysis progress. 6, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 0, morbi org. cordi. 5, morbi myocardi 3, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 5, alii m. org. circ. 0, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 0, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 4, pneumonia 5, pneumonia crouposa 0, tuberc. pulmonum 35, emphysema pulm. 0, pleuritis 1, alii m. org. resp. 1, morbi stomachi 1, enteritis 2 éven aluli 41, 2 éven felüli 2, cholera nostras 0, hernia incarcerata 0, alii ocul. intestini 0, peritonitis 2, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 1, alii m. org. dig. 0, nephritis 8, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 1, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 11, paedatrophia 1, marasmus senilis 1, carcinoma ventric. 4, carcinoma uteri 0, alia carcinomata 2, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 2, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 1, typhus abdominalis 2, variola, varicella 0, morbilli 0, morbilli pneumonia 2, scarlatina 1, pertussis 0, croup-diphth. 3, diphth. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 0, lues congenita 6, erysipelas 0, pyaemia, sepsis 1, alii morbi infect. 1, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 4, suicidium 4, homicidium 1, justificatio 0, casus viol. dubii 1. — II. Betegedés. a) Betegforgalom a községi közkórházakban. A múlt hét végén volt 3288 beteg, szaporodás 810, csökkenés 778, maradt e hét végén 3243 beteg. b) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tünteti fel): kanyaró 47 (93), vörheny 27 (36), álh. gége- és ronsoló toroklob 19 (14), hökhurut 30 (13), gyermekágyi láz 2 (1), hasi hagymáz 14 (7), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 9 (6), vérhas 3 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültömöriglyob 1 (0), trachoma 0 (0), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

„Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatorium. „Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. szám. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi-telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79—72. Villamos vasút-összeköttetés. Kivánatra prospektus.



Szt. Lukácsfürdő gyógyfürdő, Buda.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások, massage, vizgyógyintézetek, szénsavfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyviz-uzsodák. Olesó és gondos ellátás. Csúsz, kőszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospektust küld ingyen a Szt. Lukácsfürdő igazgatósága Budán.

Gonococcus-vizsgáló laboratorium. Csillag Jakab dr. Budapest, VI., Teréz-körút 2.

Elektromágneses intézet (Müller Konrad J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium küllön pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: neurasthenia, almatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúsz stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: **Rék Béla dr.**

Dr. Kopits Jenő, operateur, testegyenésítő intézete Budapest, VII., Kerepesi-út 18, I. em. (Bejárát Kazinczy-u. 2.)

Vizgyógyintézet a „Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vizgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

FANGO -GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 51.) Csúsz, kőszvény, consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak ellen. Vezető orvos: **Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Az Első Lányk házasító Egylet m. sz. Gyermek és éle biztosító intézet. Budapest, VI., Teréz-körút 40—42. Alapítva 1863. Folyó év július havában 1.432,600 k. értékű biztosítási jánlat nyújtott be és 1.214,200 k. értékű új biztosítási kötvény állított ki. Biztosított összegek fejében 54,605 k. 70 f., 1905. január 1-től július 31-ig bezárólag biztosított összegek fejében 516,011 k. 39 f. fizette:ett ki.

PÁLYÁZATOK.

4137/905. sz.

Az üresedésben levő tinnye-perbáli körorvosi állásra pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása:

Tinnye község részéről: kézpénzfizetés 700 kor., fuvarátalány 40 kor.

Látogatási díj: nappal 40, éjjel 80 fillér. Halottkémleért 80 fill. Húsvizsgálatért 60 fill. A községből elszállított hús vizsgálatáért 40 fill. A községbe beszállított hús vizsgálatáért 80 fill.

Perbál község részéről évi fizetés 400 kor., fuvarátalány 80 korona. Látogatási díj Perbálon: körlátogatás alkalmával 40 fill., más alkalommal 80 fill. és természetbeni fuvar, éjjel a fuvaron kívül 1 kor. 60 fill. Halottkémleért 80 fill. Műtéteknél előre megállapított egyezség szerinti díj.

A körorvos székelye Tinnye. Perbál községet fuvarátalánya terhére hetenként kétszer az előjárósággal megállapítandó napokon meglátogatni köteles.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy képesítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám f. év augusztus hó 28-áig adják be.

A választás Tinnye községhezánál f. év augusztus hó 29-én d. e. 11 órakor fog megtartatni.

Bia, 1905. augusztus hó 9-én.

Geréby Imre, főszolgabíró.

3950/V. 1905. szám.

A lemondás folytán üresedésbe jött szőregi körorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok.

Az orvosi körlethez Szőreg székhelyvel Szőreg, Deszk, Klárafalva, Ujszentiván községek tartoznak.

A körorvos évi fizetése 1200 korona, nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér látogatási és a szabályrendeletileg megállapított halottkémleési és hússzemle díjak.

Felhívom ennél fogva azokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen s eddigi alkalmaztatásukat is igazolón felszerelt; kérvényüket folyó évi szeptember 1-ig hozzám adják be. A megválasztandó orvos köteles a vármegyei orvosi nyugdíj-egyletbe belépni.

Török-Kanisza, 1905. évi augusztus hó 3-án.

Tamásy, főszolgabíró.

376/1905. sz.

A gyergyószentmiklósi nyilvános jellegű 50 ágyra berendezett megyei kórháznál lemondás folytán megüresedett, élethossziglani kinevezéssel járó rendelő orvosi állásra pályázat hirdettetik.

Ezen állás évi 1600 korona évi fizetéssel, két szobából álló butorozott lakással, fűtés és világítással javadalmaztatik.

Felhívom mindazon orvosdoctorok, akik legalább két évi orvosi gyakorlatot kimutatni képesek, hogy szabályszerűen felszerelt pályázatukat Csik vármegye főispánjához intézve, alólírott igazgatóhoz 1905. évi augusztus 31-ig bezárólag nyújtsák be.

Gyergyószentmiklóson, 1905. évi július 29-én.

2—2

Dobribán Antal dr., kórházi igazgató.

2047/1905. szgb. szám.

Fogaras vármegyének alsóárpási járásában előléptetés folytán megüresedett egyestive volt alsóvisti 13,436 lélekszámmal és szkoréi 10,213 lélekszámmal bíró körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek és az ezen állásokat elnyerni óhajtokat felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket folyó évi augusztus 17-ig hivatalomhoz annál inkább benyújtsák, mert később érkező folyamodványok nem lesznek tekintetbe véve. — A választás 1905. évi augusztus hó 22-én d. e. 10 órakor fog az alsóárpási járási főszolgabírói hivatalban megtartatni.

A körorvosi székely az alsóvisti állásra Alsó-Vist és a szkoréi állásra ideiglenesen Alsó Árpás lesz. Javadalmazás 800—800 korona évi fizetés, 226 kor. 10 fill.—226 kor. 10 fill. úti átalány, mely összeg az állampénztárból utólagosan fizetettik, továbbá a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak. Köteles azonban a körorvos a községeket havonként kétszer rendszeren látogatni és a vagyon-talan betegeket ingyen gyógykezelni.

Ha pályázatok hiányában esetleg csak az egyik körorvosi állás lesz betölthető, akkor az egyik körben megválasztott körorvos köteles a másik körben is a körorvosi teendőket elvégezni az 1600 korona fizetés és 452 korona 20 fillér úti átalányának élvezése mellett, mely esetben egyelőre a körorvosnak székelye Alsó-Árpás lesz.

A román nyelvnek tudása feltétlenül megkívántatik.

A megválasztott körorvos köteles állását 8 nap alatt elfoglalni.

Alsó-Árpás, 1905. évi július hó 17-én.

3—3

Turell, szolgabíró.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. MAGÁNTANÁR,
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT Bókay János szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza és ifj. Klug Nándor szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczy Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Remenár Elek: Közlemény a budapesti kir. magy. tud. egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. nyilv. rendes tanár.) A paragummi-keztük használata. 584. lap.

Preis Károly: Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg- és bujakkóros osztályáról. (Főorvos: Róna Sámuel dr. egyet. rk. tanár.) Az emberi szervezetben előforduló saválló bacillusokról. 585. lap.

Jendrassik Ernő: A neurastheniáról. 588. lap.

Tárca. Lenhossék Mihály: A termékenyítésről. 591. lap.

Irodalom-szemle. Könyveismertetés. O. Lubarsch: Die allgemeine Pathologie. 592. lap. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Mikulicz és König: A kéz desinfectioja. (Marikovszky.) — Belgyógyászat. Naunyn: A diabetes mellitus gyógykezelése. (K. G.) — Saldi és Appiani: Húgsav állandó jelenléte normalis

emberek bélrendszerében; ennek eredete és mennyisége. (K. G.) — Lütke: A diabetes mellitus gyógytanának haladása. — Idegbajok. Pick: A zenei képesség elvesztése. (Kollarits Jenő.) — Sebészet. R. Harrison: A prostatectomia. (Pólya.) — Staple: Hashajtólabdacok okozta peritonitis. (Pólya.) — O. Bernhard: A gyors és exakt sebészi varrás könnyítése. (Gergő.) — Riedel: A baloldalt jelentkező gyomorfájdalmak. (Gergő.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Sobernheim: Marenin. — Kojetein: Lumbago gyógyítása. — Joseph: Fagyásdaganat gyógyítása. — Magyar orvosi irodalom. 592-598. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Kitérítés. — Kinevezés. — Szántó Manó. — Elhunyt. — Visszaütötött kitérítés. — Az I. nemzetközi physiotherapiai congressus. — Kisebb külföldi hírek. — Hazai fürdőink személyforgalma. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — A főváros egészsége. 598. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Melléklet. Gyermekgyógyászat. 3. sz. Szerkeszti: Bókay János dr. egyet. tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magyar tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. nyilv. r. tanár.)

A paragummi-keztük használata.

Irta: Remenár Elek dr., műtőnövendék.

Az a törekvés, hogy a műtő ne pusztán meztelen, alaposan megmosott kézzel dolgozzék, hanem bőrét valami feltétlenül csirtalan anyaggal fedje be, egyidejű az asepsissel. Ez időtől fogva a kéz csirtalanításáról évről évre jelentek meg közlemények, minden évben újabb és újabb csirtalanító szerek kerültek forgalomba s minden újabb szer egy csomó értekezést hozott magával, mely kétségen felül bebizonyította az ajánlott szernek minden más felett való értékét, míg egy következő újabb, hangzatosabb szer az előbbi ki nem szorította. Egymás után ajánlottak a sebészek és szülészek kézmosási eljárásokat, melyek egymástól úgy elméleti felfogásban, mint gyakorlati kivitelben sokban különböztek, egyben azonban valamennyien megegyeztek, t. i. abban, hogy még a leggondosabb kézmosási eljárások és a legerősebb csirtalanító szerek használata mellett sem képesek mindenkor kezeiket feltétlenül csirtalanná tenni. Ugyanekkor beismerik, hogy e téren haladás már nem várható, elmentek a legszélső határig, tökéletes eredményt lehetetlen elérni.¹ Legújabbban Engels² vizsgálta végig a

leggondosabb bakteriologiai kísérletekkel ellenőrizve a régi és újabb csirtalanító szereket, főleg a formalin, lysoform, bacillol és sublamín vizes és alkoholos oldatait, végigpróbálta az ajánlott összes kombinált kézmosásokat, hogy a végén egy újabb csirtalanító oldatot ajánljon, a sublaminnak 50%-os alkoholban való 2%-os oldatát. De még ő sem tudott abszolút csirtalanságot elérni. Az ok, mely e törekvéseket megghiúsítja, abban rejlik, hogy a mosakodási eljárásokkal és csirtalanító oldatokkal nem vagyunk képesek a bőrünk mélyebb rétegeiben levő csirokat elpusztítani, ezek pedig műtét közben csakhamar felszínre kerülnek.

* * *

Ilyen körülmények között a sebészetben az abszolút csirtalanságra való törekvés kifejllesztette azt a műtői eljárást, hogy lehetőleg pusztán kézzel ne nyúljunk a sebbe, csak műszerekkel. A ki ezt egyszer megpróbálta, csakhamar belátja, hogy ez idealisan nem teljesíthető, sokszor pedig, pl. a szülészetben, lehetetlen is. Ha pedig lehetőleg keveset nyúlunk a sebbe, ezzel csak csökkentjük, de nem kerüljük el a fertőzés eshetőségét.

E törekvésekkel párhuzamosan a sebészek egy része folytonosan olyan teljesen csirtalanítható anyagokkal kísérletezett, melyekkel a műtők kezeiket bevonják vagy befedjük. Itt szóba jöhet a collodiumnak és hasonló, gyorsan száradó anyagoknak felkenése a kézre és a keztük használata. A collodiumnak és rokonszereinek használata már régen leszorult könnyen érthető okokból. Nem nyújtott elegendő védelmet a fertőzés ellen, mivel, ha kiszáradt, gyorsan repedt a nagyobb feszülésnek kitett területen, erős zsugorodásával az ujjak használatát korlátozta, főleg az ujjhegyek tapintását nagy fokban befolyásolta, műtét után a

¹ Dr. Haegler: Händereinigung und Händeschutz. 1900.

² Dr. Eugen Engels: Die Desinfection der Hände. Jena 1905.

kéz megtisztítása volt nagyon nehéz s a kéz bőrének sem vált előnyére. A használt keztyűk czérnából, selyemből vagy gummiból készültek. Az előbbi kettőt, a szövött keztyűt helyenként még ma is használják, hátránya azonban az, hogy bármily vékony anyagból készült legyen, a tapintást jelentékenyen tompítja, az ujj-hegyeken hamar ránczosodik, visszahúzódik, vérrel gyorsan átívódik és tulajdonképpen még sem véd teljesen a sebfertőzés ellen, mivel a kézen, főleg az ujjhegyeken a körömök körül esetleg megmaradt csirok az állandó nedvesség alatt még könnyebben áznak le és kerülnek a sebbe. Marad tehát a gummikeztyű.

Az eddig forgalomba került gummikeztyű oly vastag, merev anyagból készült, hogy a benne levő kéz majdnem minden tapintó érzékét elvesztette, s már kissé finomabb műtétek végzésénél is egyáltalában használhatatlannak bizonyult. Csupán olyan genyes műtéteknél használhatók, a melyek finomabb praeparálást nem igényelnek és a melyeknél a műtő kezét a fertőző genytől akarja megóvni. Alig 2 év előtt azonban a legfinomabb paragummiból készült keztyűk kerültek forgalomba, melyek mindenféle nagyságban, s jelenleg nagyon olcsó árban (párja 1 kor. 60 fill.) mindenféleképpen kaphatók. Ezek a keztyűk a kézre mindenütt odasimulnak a nélkül, hogy valahol szorítanának, az ujjak mozgásait nem befolyásolják, a tapintóérzék majdnem teljes finomságában marad meg; rövid használat után annyira hozzászokik a műtő, hogy úgy érzi, mintha nem is volna keztyű a kezén. Micsém bizonyítja jobban hasznavehetőségüket, mint hogy nagyon sok külföldi és több hazai klinikán, kórházi sebészeti és szülészeti osztályon, a hol eddig a keztyű használatától, annak fentebb felsorolt tökéletlenségei miatt idegenkedtek, már 1—2 év óta minden műtétnél a legnagyobb megelégedéssel használják.

Az egyetemi I. számú sebészeti klinikán Dollinger tanár f. év május hó közepén hozta használatba a paragummikeztyűt s azóta a műtő, a helybeli segéd, az eszközkezelő és a kötőszerekkel testvér minden műtétnél használja. A keztyűket előzőleg vízben $\frac{1}{4}$ óráig főzzük, azután 2%-os lysoform-oldatba kerülnek $\frac{1}{2}$ órára. Ekkor teljesen csirtalanok, innen húzza fel a műtő a kezeire, melyeket előzetesen éppen olyan gondval mosott meg, mintha keztyű nélkül dolgoznék. Fontos, hogy a keztyűt jól húzzuk fel, hogy szorosan a kézhez simuljon, azért inkább valamivel kisebb keztyűt használunk; főleg az ujjhegyeken ne alkosson ráncokat, melyek a tapintást és dolgozást megnehezítik, s könnyen beleakadnak a hegyes horgos műszerekbe. A felhúzást megkönnyíthetjük, ha a keztyűt előbb lysoformos oldattal megtöltjük, ennek nyomán könnyen siklik be ujjunk mindenfelé. Munka közben a keztyű nem szakad, de óvni kell hegyes, kampós, éles műszerektől, tűktől, hogy keresztül ne lyukaszszák; ez egy kis gyakorlat után, kellő óvatossággal mind elkerülhető. Klinikánkon ugyanazok a keztyűk heteken át naponta főzetnek ki és kerülnek használatba teljesen sértetlenül.

Az ilyen, szinte ideális finom keztyű előnye úgy a klinikánkon, mint a gyakorló orvosra nézve szembeszökők:

1. A dolgozó kéz felülete abszolút csirtalan. Nagyobb műtéteknél, a hol több kéz van érintkezésben a sebbel, s a fertőzés eshetősége megsokszorozódik, ez nagy biztonságot nyújt.

2. Több, egymásután végzett műtétnél, minden egyes műtét előtt körülbelül félórai mosakodás esik, a mennyiben a műtő a végzett műtét után rövid ideig tartó mosakodással beéri és csakhamar új keztyűt húzhat.

3. Fertőzött vagy genyes műtétek után szükség esetében a műtő aseptikus műtétet végezhet. Különösen a gyakorló orvos kerülhet abba a helyzetbe, hogy szülőnőnél vagy más betegnél sürgős műtétet kell végeznie, a melyet elhalasztani nem lehet, mert nincsen senki más a ki végezze, holott aznap fertőzött sebbel dolgozott, vagy bonyozott. Ilyenkor már vagy előre a fertőzött sebhez, bonyoláshoz használjon gummikeztyűt, vagy magához az aseptikus műtéthez; leghelyesebben mindkettőhöz.

A fentebbiekből eléggé világosan kitűnik a paragummi-keztyű rendszeres használatának nagy előnye. Kellően használva elkerülhetjük vele a sebnak a műtő kezei részéről való befertőzését s ezzel az aseptikus sebkezelésben ismét egy lépést tettünk előre.

Közlemény a székesfővárosi szent István-kórház bőrbeteg- és bujakóros osztályáról (főorvos: Róna Sámuel dr. egyetemi rk. tanár.)

Az emberi szervezetben előforduló saválló bacillusokról.

Irta: Preis Károly dr. segédorvos.

Azon sajátlagos nehézségek, melyek a tuberculosis-bacillus felfedezésének útját állották volt, úgymint a bacillus nehezen festődése és nehezen tenyésztetése, utólagosan igen becses körülményeknek bizonyultak arra, hogy ezen bacillust bakteriologice annál biztosabban és gyorsabban diagnosztizálhassuk. Különösen az Ehrlich által felfedezett sav-alkoholállóság és az ebből eredő sajátlagos festés lehetővé tette még a gyakorló orvosnak is, hogy a tuberculosis bakteriologiai kóriszméjét gyorsan és biztosan felállíthassa. Ehrlich eredeti festési eljárása azután egyre módosított s különösen a carbol-fuchsin alkalmazása által (Ziehl-Neelsen) egyszerűbbé és kényelmesebbé alakult és ezen diagnostikai kényelmesség a Gabbet-féle eljárásban tetőpontját érte el. De egyúttal már beállott egy bizonyos visszahatás is. Találtak ugyanis, a mit Koch már eleve megjósolt, másféle bakteriumokat is, melyek nemcsak többé-kevésbé savállóknak bizonyultak — első sorban a leprabacillus, melytől azonban itt eltekintünk —, hanem néha alakilag is a tuberculosis-bacillustól alig voltak megkülönböztethetők, sőt állatba oltva is a tuberculosishoz többé-kevésbé hasonló elváltozásokat tudtak előidézni és ezen bakteriumfajták száma a Gabbet szerint alkalmazott enyhe elszíntelenítés és gyöngye ellenfestés folytán csak szaporodott. Mindez már most alkalmas volt arra, hogy nemcsak a kényelmes festési eljárás diagnostikai biztosságát alaposan megingassa, hanem magának a tuberculosis-bacillusnak specifikus pathogen voltát is kérdéssé tegye, a mint hogy utóbbi tekintetben még manapság² is Barannikov a legszélsőbb álláspontot foglalja el.

Számos kutató beható, az összes eddig ismert saválló bakteriumfajokra kiterjedő vizsgálatai azonban eléggé bebizonyították, hogy ezen bakteriumfajok állatokba oltva részben egyáltalában nem pathogének, részben csak vajnak és hasonló anyagoknak együttes beoltásával, vagy akár egyedül is beoltva tudnak ugyan a tuberculosishoz többé-kevésbé hasonló elváltozásokat előidézni, ezek azonban lényegileg legnagyobbbrészt mint idegen testek hatása (Fremdkörperwirkung) fogandók fel.

Előrehaladó szövetroncsolás a letelepedés helyén, toxikus távolhatás és végképeni, feltartóztatlanul az állat halálához vezető elárasztása az egész állati szervezetnek, mind olyan pathologiai tulajdonság, melyekkel ismereteink mai állása szerint az összes eddig ismert saválló bakteriumok közül, a leprától eltekintve, egyesegyedül csak a tuberculosis-bacillus és válfajai (marha-, madártuberculosis-bacillusok stb.) bírnak.

És ez a biologiai alaptételek szerint csak természetesnek látszik, mert valamint a tuberculosis-bacillus talán már évezredek óta az élő állati szervezethez hozzászokott, azon kívül, dacára különben nagy ellentálló képességének, szaporodni nem tud — kivéve mesterséges táptalajon —: ép úgy viszont az örök időktől fogva saprophytaélethez szokott saválló bakteriumok nem fognak az élő állati szervezetben szaporodni — kivéve mesterséges infectionál —, vagy pedig csak a szervezetnek már meglevő holt anyagán, úgymint a bőr felületén, váladékokban, szétesett szövetben, a nélkül azonban, hogy utóbbi ők maguk megteremthetnék, azaz a nélkül, hogy agresszív pathogen tulajdonságokkal bírnának, vagy alkalomadtán ilyeneket felvehetnének.

Ebből azonban magától következik, hogy saválló bakteriumok az emberi szervezetben mindig csak sok másfajta bakteriummal együtt lesznek találhatók. Ha valahol az emberi szervezetben kizárólagosan csakis saválló bacillusokat találunk, úgy azokat eo ipso meglehetősen biztossággal tuberculosis-bacillusoknak tarthatjuk.

Ezzel tehát lényegileg már jelezve volnának azon körülmények, melyek között saválló bacillusok az emberi szervezetben

¹ Ehrlich: Färbung der Tuberkelbacillen. Deutsche med. Wochenschr. 1882.

² Koch: Über die Ätiologie der Tuberculose. Mittheil. aus dem kaiserl. Gesundheitsamte. Bd. 2. 1884.

egyáltalában előfordulhatnak, a mint ez különben már ezen bacillusoknak az irodalomban feljegyzett előfordulási helyeiből is kiviláglik. Az eddigi irodalom adatai szerint találtak az emberi szervezetben saválló bacillusokat 1. physiologikus körülmények között állandóan a geniatiálák smegmájában, néha, vagy többé-kevésbé ritkán a czombhajlásokban, a köldök barázdáiban, a hónaljban, a cerumenben, a körömalatti és lábujj közti piszokban, az orrváladékban, a szájüregekben (tonsilla-csapokban) még pedig annál gyakrabban és annál nagyobb mennyiségben, minél piszkosabb az illető egyén. Tiszta ember egyáltalában nem visz magával saválló bacillusokat, hacsak nem 2. kóros körülmények között, de csak többé-kevésbé ritkán. Így tüdőgangraenában (Rabbinovits Lydia és mások), tuberculositikus cavernákban (Aoyama és Miyamoto és mások), bronchitisben (Möller), elgenyedt atheromában és csipőizületi genyben (Lubarsch), ovariális cystában (Dietrich). Különben utalok e tekintetben Pertik³ kimerítő ismertetésére.

Ezek után legyen szabad most osztályunkon előfordult két esetet közölni, melyek olyan jelenségeket mutattak, mint a melyekről az eddigi irodalomban említés téve nincsen s melyeket tisztelt főnököm, Róna tanár szíves engedélyével röviden, a mennyiben az esetek bakteriologiai oldala megköveteli, a következőkben írok le.

1903-ban télen egy 40 éves szemetes kocsis feküdt osztályunkon, kinél szétszórtan az egész köztakarón számos cutan és subcutan, itt-ott többszörösen összefolyó és ennek következtében phlegmonosus plaque-okat képező tályogok voltak jelen. A beteg lesoványodott, elgyengült és állandóan subfebrilis volt. Minthogy a kórkép többféle magyarázatot engedett, Róna tanár úr felszólítására a tályogok genyét tuberculosis-bacillusokra is vizsgáltuk, s csakugyan a test különböző részein levő tályogokból vett genyben tömegesen találtunk saválló bacillusokat, melyeket sem alakjuknál, sem festődésüknek fogva tuberculosis-bacillusoktól biztosan elkülöníteni nem lehetett. Ugy a bacillus kitenyésztése, mint állatba való oltása több oldalról kíséreltetett meg, de minden eredmény nélkül. Az esetet Róna tanár akkoriban az orvosegyesületben is bemutatta,⁴ a mikor különösen azt hangsúlyozta, hogy egyetlen egy tuberculosis bőrbántalomnál sem találtak még olyan óriási tömegekben tuberculosis-bacillusokat s hogy a kérdés exact eldöntésére még további vizsgálatok szükségesek. Az akkoriban excindált több szövetrészen végzett histologiai vizsgálatkor a szövetben sem tipikus tuberculosis strukturát, sem pedig saválló bacillust kimutatni nem lehetett s a diagnosis perifolliculitis agminata suppurativa volt. A beteg saját sürgős kívánságára gyógyulatlanul távozott és további sorsáról nem értesültünk.

1904. novemberben egy 37 éves paraffin-munkás került osztályunkra, a ki az előbbivel klinice tökéletesen azonos kórképet nyújtott. A beteg hátán és mellén számos cutan és subcutan, helyenként többszörösen összefolyó tályog volt s ezen tályogok genyében ugyanazokat a saválló bacillusokat ugyanolyan óriási mennyiségben lehetett kimutatni. A tenyésztési és állatoltási kísérletek ezúttal is eredménytelenek maradtak s a szövetben sem tipikus tuberculosis strukturát, sem pedig saválló bacillust kimutatni nem lehetett. Ezt az esetet is Róna tanár a tuberculosis-bizottságban mint „perifolliculitis agminata suppurativa“-esetet mutatta be, s akkor már azon határozott nézetét fejezte ki, hogy itt nem tuberculosis-bacillusokról van szó, hanem egyszerű saválló bacillusokról. Hátramaradt azonban azon feltűnő körülménynek tisztázása, hogy a szövetben egyetlen egy ilyen bacillust sem lehetett találni még a legkiméletesebb elszíntelenítés mellett sem, míg a genyben akárhányszor tömegesen jelentek volt meg. Ha elfogadtuk volna azt az irodalomban sokfelé hangoztatott nézetet, hogy a saválló bacillusok szövetmetszetekben elvesztik savállóságukat, úgy ezzel be lehetett volna érni, és a dolgot ad acta tenni. De maradt még egy eljárás, melynek segítségével exact bizonyossággal lehetett eldönteni ezt az aetiologiai szempontból döntő fontosságú kérdést és ez a fagyasztó mikrotommal készített metszeteknek a festése; frissen kivágott szövetdarabokat fagyasztó mikrotommal metszettem, a metszeteket Gabbet szerint

festettem és alkohol nélkül, Unna szerint xylollal felvilágosítottam és canada-balzsamba ágyaztam. Az ilyen módon készült és festett metszetek miben sem különböznek az úgynevezett száraz praeparatumoktól, mert a xylol nem színteleníti el a már egyszer megfestett bacillusokat, mint azt Aronson hiszi. A xylol könnyen hatol ugyan be a bacillus testébe, a nélkül azonban, hogy a festéket oldani vagy rongcsolni tudná. De még az ilyen praeparatumokban sem lehetett találni saválló bacillust. Már is rejtély előtt állottunk, midőn tekintettel a szövetüregekre, a histologiai vizsgálatokat megint celloidines praeparatumokon folytattam olyképen, hogy a metszeteket alkohol nélkül tettem el és így végre akadunk oly metszetre, mely cystikusán tágult folliculust és a körülötte levő gyuladás képét mutatta, hol a tágult folliculusban genysejtek, elvált szarussejtek, fibrin és tömördek másfajta bakterium mellett a mi saválló bacillusunk is helyenként meglepő óriási tömegekben volt található, míg a perifollicularis góczban egyetlen egyet sem lehetett látni. A további vizsgálatok folyamán ezen bacillusokat a folliculusokban még alkohollal való elszíntelenítés után is sikerült kimutatni. Megjegyzendő azonban, hogy a számos comedoban, melyek különösen a beteg góczok környékében voltak láthatók, egyetlen egy saválló bacillust sem lehetett találni. Már most nyilvánvalóvá lett, hogy ezen saválló bacillusok az abscessusok genyébe — melyben elvégre már előzőleg is feltűnő módon, néha kizárólag csakis coccusok voltak láthatók — csak úgy kerülhettek, hogy a geny a folliculus tartalmával gyakran vegyült, úgy hogy néha a geny mikroszkopikus képe csakis genysejteket, tömördek saválló bacillust és kevés másfajta bakteriumot mutatott. Ezentúl a bacillusokat többé nem is kerestük a genyben, hanem egyenesen cystikusán tágult és a bőr alatt igazi ürmeneteket képező folliculusok tartalmát ürítettük ki, a mikor is bacillusaink piszkos sebumszerű massába beágyazva néha majdnem tiszta kultura képét nyújtották.

Ezzel a saválló bacillusokban igen gazdag anyaggal újra felvettük a tenyésztési és állatoltási kísérleteket, de minden eredmény nélkül, négy beoltott tengerimalacz még hónapok múlva is egészséges maradt.

Azonnal az eset histologiai tisztázása után Róna tanár a beteg bőrgóczokat — melyeknek gyógyulását a tágult folliculusokban fekvő tömördek bacillus és más bakterium akadályozta vagy késleltette volna — erőlesen lekaparta, mire a beteget rövid időn belül az orvosegyesület dermatologiai szakosztályában mint teljesen gyógyultat lehetett bemutatni.

Már most csak azon kérdés maradt hátra, hogy miután eddig csak egyetlen egy bőrbántalom kapcsán (a geniatiálát kivéve), az úgynevezett perifolliculitis agminata suppurativánál⁵ voltak ezen saválló bacillusok találhatóak, vajjon nem állanak-e valami aetiologiai nexusban a bántalommal. Erre nézve első sorban ki kellett volna tenyészteni a bacillust, de ez sehogysem akart sikerülni. Tehát a kérdést most más oldalról kellett megfogni.

Ha t. i. ezen saválló bacillusok nem állanak aetiologiai nexusban ezen bőrbántalommal, úgy kell, hogy más bőrbántalmaknál is, hol hasonló körülmények forognak fenn (felhalmozódott, stagnáló bőrváladék), ezen bacillus megtalálható legyen. És csakugyan erre irányított vizsgálatainkban egy torpid scrophuloderma esetében a befelé hámosodott bőrhíd alól kivett sebumszerű massában ugyanolyan saválló bacillusokat ugyanolyan nagy számban találtunk, és arról is meggyőződhattunk, hogy milyen könnyen kerülnek ezen bacillusok, hacsak kevés számmal is, a még fennálló góczok genyébe, a mikor is épen kevés számuknál fogva, tekintettel a baj lényegére, könnyen tarthatjuk azokat tuberculosis-bacillusoknak és mindenestre az irodalom az ilyen esetleges téves leletekre revidiálendő volna.

Ép úgy találtunk ugyanolyan bacillusokat, ugyanolyan mennyiségben egy beteg alkarján egy befelé hámosodott bőrcsücsök alatt, mely a bőrt nagy területen elroncsolt phlegmone után maradt vissza.

³ Pertik: Die Tuberculose. Lubarsch u. Ostertag, Ergebnisse der path. Anat. 1902.

⁴ L. Orvosi Hetilap 1904.

⁵ Róna tanár vezetése alatt elég hosszú időn át mindenféle bőrbántalmat, különösen folliculitiseket és bőrgangraenákat vizsgáltunk saválló bacillusokra, a nélkül azonban, hogy csak egyetlen egyet is találtunk volna.

Továbbá megtaláltuk azokat lues maligna egy esetében kicsiny és legkisebb bőrrecessusok alatt, melyek a háton, mellen ulcerosus syphilidek gyógyulása után képződtek, és még más esetekben is, de mindig csakis olyan esetekben, a hol a bőr pathologikus elváltozásai két bőrfelület állandó érintkezéséhez és ez által a bőrváladékok (fagygyú, veriték) és elszarusodott sejtek stb. nagyobb mérvű felhalmozódásához és stagnatiojához vezettek. Az ilyen esetekben saválló bacillusoknak a lelete szabály, és mint-hogy cystikusan táult folliculusoknál hasonló körülmények forognak fenn (bőrváladék pangása), a legnagyobb valószínűséggel feltehető, hogy a perifolliculitis agminata suppurativa további eseteiben szintén fogunk találni saválló bacillusokat.

Mindebből úgy látszik, hogy a *bőr váladéka* a legjobb táptalajt szolgáltatja ezen baktériumok számára. Hogy a bőrváladék melyik alkatrésze játszsza itt a főszerepet, nehéz eldönteni. A fagygyú mellett a veriték is tekintetbe volna veendő, minthogy a veritékmirigyek pigmenteszemcséi Gabbet-féle festésnél bizonyos fokú savállóságot mutatnak, különösen azonban a szarussejtek detritusa, melyek körülbelül ugyanolyan savállósággal bírnak, mint a smegmabacillusok.¹ Semmi esetre sem egyedül a zsír — mint olyan — az, a mely ezen saválló bacillusoknál szerepel. Hisz akkor utóbbiakat *ép oly állandóan* kellene találni mindenütt, a hol a szövet nagyobb mennyiségben zsíros detritussá esik szét, tehát különösen gangraenáknál. Már pedig azon nagyszámú bőrgangraenáknál és kiterjedt bűzös phlegmoneknél, melyeket erre nézve megvizsgáltam, egyetlen egy saválló pálczikát sem tudtam találni, még Gabbet szerint sem. Mindent összevéve tehát, ezen bacillusok tenyésztése leginkább oly táptalajon fogna sikerülni, melyek összetételükben *lehetőleg megegyeznek a bőr váladékával*.

Mindezt azért tartom különösen kiemelendőnek, mivel az irodalom utólagos átnézésénél ugyanazokat az eredményeket, melyekhez mi klinikai vizsgálatok útján jutottunk, Weber-nél² theoretikus úton igazolva találtam. Weber-nek ugyanis sikerült egy a vajból nyert bacillust és az ő smegma-bacillust különböző zsírtartalmú táptalajon való tenyésztés által sav-alkoholállóvá tenni. Vizsgálatai kapcsán ezt írja: „Der Nachweis, dass es Bakterien gibt, die auf fetthaltigen Nährböden die Eigenschaft der Säure-, beziehungsweise Säurealkoholfestigkeit erwerben, ist von praktischer Bedeutung, weil derartige Bakterien sich auch am menschlichen Körper ansiedeln und hier unter normalen und pathologischen Verhältnissen fetthaltiges Nährmaterial vorfinden können, nämlich überall da, wo es zur Anhäufung fettigen Sekretes kommt. Abgesehen von Smegma und Cerumen kommen in Betracht die in den Krypten der Tonsillen steckenden Pfropfe, der Inhalt von Lungencavernen, das Sputum bei Lungengangrän und fötider Bronchitis, sowie der fettige Inhalt von Cysten.“

Eltekintve attól, hogy, a mint már *Aujeszký* megjegyzi, Weber kísérleténél elvégre is csak többé-kevésbé saválló baktériumok *savállóságának fokozásáról* van szó, még egyszer utalok arra a tényre, hogy saválló bacillusok pangó bőrváladékban *állandóan* található, míg tüdőgangraenában, bronchoectaticus cavernákban, de különösen tonsilla-csapokban *csak ritkán*. A mint azt épen csak a klinikusok igazolhatják legjobban, a kik évek óta fűzött Gabbet-féle methodus mellett is saválló baktériumokat a sputumban — ritka kivételektől eltekintve — csakis fennálló tuberculosis mellett találtak. Hozzájárul még ehhez a bőrgangraena számos esete, a hol még csak kivételesen sem látam saválló pálczikát. *A zsír egyedül tehát nem szerepelhet*. Hiszen Weber szerint is zsírtartalmú táptalajokon tenyésztett baktériumainak savállósága csak azon alapszik „dass sie wahrscheinlich das betreffende Fett in ihre Leibessubstanz aufnehmen“ és mégis a mi eseteinkben ezen bacillus még celloidin-metszetekben is — a hol alkohol absolutus és aether-kezelés folytán a zsírnak még legkisebb nyoma is eltűnt volt — saválló maradt.

Eseteinkben tehát *valódi* saválló bacillusokról volt szó, melyek azonfelül még alakilag sem voltak a tuberculosis-bacillusoktól biztosan megkülönböztethetők és melyeknek igazi természetét

csakis a histologiai vizsgálat, kapcsolatban a negatív tenyésztési és állatoltási kísérletekkel, deríthette ki.

Tekintettel arra, hogy mi különböző bőrbántalmak folyamán vagy nyomán találtunk a tuberculosis-bacillussal könnyen összetéveszthető bacillusokat — jóllehet, hogy előfordulásuk egységes feltételhez (bőrváladék pangásához) látszik kötve —, mindamelllett bőrbántalmaknál talált saválló bacillusok csak akkor lesznek tuberculosis mellett értékesíthetők, ha magában a szövetben *typikus tuberculosis-structura* mellett találhatunk; utóbbi esetben pedig már exact bizonyossággal is, mert arról, hogy ezen saválló bacillusok nem képesek az emberi szervezetben tuberculosishoz hasonló elváltozásokat előidézni, leginkább a mi eseteink kezekednek, a hol ezen bacillusok tömérdek mennyiségben, hosszú időn át elég szoros érintkezésben állottak vala az *élő* szövettel a nélkül, hogy utóbbiba behatolhattak és tuberculosiszerű elváltozásokat előidézhettek volna.

A legvégzetesebb diagnostikai tévedéseket okozhatják a saválló bacillusok, ha a vizeletben találhatunk. A mondottak szerint ugyan senkisé megfogja ezen bacillusokat a húgyhólyagban feltételezni, a mint hogy már azon körülmény is, hogy férfiaknál igen ritkán, nőknél igen gyakran találtak saválló bacillusokat a vizeletben, eléggé bizonyítja, hogy ezen bacillusok csak a vizelet actusánál kívülről a genitáliák smegmája útján kerülnek a vizeletbe, a mi ellen azután még a katheterezés sem nyújt tökéletes biztosítékot, mivelhogy épen a katheterezés végzésekor ezen bacillusok, melyek akárhányszor tömegesen egy-egy epithel-sejten találhatunk, könnyen besodortatnak a húgyhólyagba. Állatkísérletekkel itt nem mindig boldogulhatunk, mert eltekintve attól, hogy sohasem tudhatjuk, vajjon az *infectiora elegendő számú* bacillusokat vittünk-e be az állat szervezetébe, maga a vizelet sem lehet egészen közömbös a tuberculosis-bacillus virulentiájára, a mint hogy a húgy csakugyan képes azt leszállítani, vagy akár megsemmisíteni. Maradna tehát a festési eljárás. És csakugyan számos festési methodust találunk az irodalomban a smegma-bacillusoknak tuberculosis-bacillusoktól való megkülönböztetésére.

Saját vizsgálataimnál, melyeket ez irányban részint *különböző eredetű* számos smegmapraeparatummal, részint smegmával kevert vizelettel végeztem, arra az eredményre jutottam, hogy a legbiztosabb a *Honsell-féle* methodus (festés 3 perczig forró carbolfuchsinban, elszíntelenítés 10 perczig 3%-os sósavas absolut alkoholban, utánfestés alkoholos methylenkékkel); csak az a baj, hogy túlbiztos, hogy t. i. a tuberculosis-bacillusoknak egy részét is elszínteleníti, úgy hogy practice a *Günther-féle* methodussal is megelégedhetünk (elszíntelenítés egy perczig 3%-os sósavas absolut alkoholban, utánfestés vizes methylenkékkel). Megjegyzendő azonban, hogy a praeparatum a festés előtt alaposan zsírtalanítandó (aether-alkohollal, xylollal), mert különben maga a zsíros anyag, a melybe a smegmabacillusok rendszerint ágyazva vannak, megakadályozza az elszíntelenítést, úgy hogy azután amolyan *Bienstock, Gottstein-féle* pseudosavállóságot kaphatunk. Vannak ugyan saválló baktériumfajok, melyek ép olyan fokban sav- és alkohol-állók, mint maga a tuberculosis-bacillus, s ezek közé tartozik a *Möller-féle* smegma-bacillus is. Mint magam is meggyőződhettem róla, nem létezik olyan festési eljárás, melynek segítségével ezen bacillust a tuberculosis-bacillustól biztosan elkülöníteni lehetne. Ha már most annyi kiváló szerző adatai szerint a smegma-bacillusok a vizeletben bizonyos festési eljárások segítségével a tuberculosis-bacillusoktól mégis megkülönböztethetők, úgy ebből csak az következik, a miről én magam is meggyőződtem, hogy a *Möller által egy köldökbarázdába* tenyésztett úgynevezett smegma-bacillus akárhol előfordulhat, csak a genitáliák smegmájában nem. Ennek oka részben az lehet, hogy a *Möller-féle* smegma-bacillus, a mint felfedezője maga is mondja, „grosses Sauerstoffbedürfniss zeigt“, a mit a praeputium alatt és a női genitáliák hasadékaiban alig elégethet ki, részben az, hogy a genitáliák smegmája vizelet által módosított táptalajt képez, a melyben nem minden baktériumfaj tenyészhet, különben is alig jogosult egy a bőrrel tenyésztett sav-alkoholálló bacillust minden további nélkül „smegmabacillus“ névvel illetni. A bőr felülete

¹ A köröm szarussejtjei ugyanazzal a sav- és alkoholállósággal bírnak, mint maga a tuberculosis-bacillus.

² Weber: Über die tuberkelbacillenähnlichen Stäbchen und die Bacillen des Smegmas. Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte. 1902. 19. kötet, 251. lap.

¹ Reppin: I. Pertik I. c.

ugyanis szabad szállást képez az összes létező bakteriumfajok számára, ha csak az általa nyújtott táptalaj kedvez nekik.

A genitáliák smegmájából eddigelé csak egy saválló bakteriumfaj lett kifogástalan módon tisztán tenyésztve, mely azonban alakilag mindenhez inkább hasonlít, mint a tuberculosis-bacillusokhoz, t. i. a *diphtheroid-bacillusok*, melyek a smegmában nagy otromba pálczikák alakjában szoktak előfordulni, s a melyek között Weber¹ két fajt különböztet meg, a *Laser* és *Czaplewsky* által tenyésztett smegmabacillusokat és az ő smegmabacillusát, a mikor is arra támaszkodik, hogy csak az ő bacillusa képez zsírtartalmú táptalajokon finom levélalakú coloniákat és lesz nagy fokban sav-alkoholállóvá.

Nekem is sikerült ezeket az irodalomban nagy szerepet játszó diphtheroid-bacillusokat a smegmából tisztán tenyészni, savállóságuk azonban közönséges agartalajon igen silány volt, csak a nagy s különösen bunkós alakokra szorítkozott, s ezeknél is csak a *Gabbet*-eljárás mellett mutatkozott, s egyáltalában tökéletesen megfelelték azon kitűnő leírásnak, melyet Weber az ő bacillusáról közönséges táptalajon ad. Külön elszíntelenítésre s *Sahl*-féle methylenkével való utánfestésre a nagyobb saválló alakok egytől egyig erősen kékre festődtek, a mint azt már *Neufeld*² is találta, még nagyobbaknak s otrombábbaknak látszottak, de mindamellet lehetett belsejükben vörösre festett hossz tengelyt látni, míg a kicsiny alakok csak gyengén bipolarisan kékre festve látszottak.

A tuberculosis-bacillusokhoz alakilag leginkább az irodalomban többször említett azon karsú, gyengén hajlott és gyakran kihegyezett saválló pálczikák hasonlítanak, melyek azonban nem minden smegmában fordulnak elő.

Egy smegmával, mely ezen pálczikákat óriási számban tartalmazta, és melyben *Gabbet* szerint saválló spirillumokat is lehetett látni, többek között a következő tenyésztési kísérleteket végeztem: egy-egy Heiden-agarra, közönséges bouillon-agarra és burgonyára egy-egy borsónyi smegmadarabot tettem, a nélkül azonban, hogy ezt szétkentem volna, mivel tudni akartam, hogy mi fog a táptalajon, és mi magában a smegmában tenyészni. Másnap úgy a Heiden-agar, valamint a közönséges agar a smegmadarab szomszédságában számos coloniát mutatott, melyek azonban coccusoknak bizonyultak; ellenben a smegmadarab felületéről nyert, Ziehl-Neelsen szerint festett s *Sahl*-féle methylenkével utánfestett praeparatum sajátos képet nyújtott. Az említett karsú, kihegyezett alakok úgyszólván eltűntek volt, s helyettük élénk pirosra festett hosszú-vékony pálczikák és igen hosszú, itt-ott roppant vékony, tagozott fonalak voltak láthatók, melyek helyenként az egész látóteret elfoglalva sűrű hálózatot képeztek és gyakran igazi elágazódásokat mutattak.

Voltak azonban, különösen a Heiden-agaron, igen hosszú, kissé hajlott, közepükön erősen festett szemcsék által segmentált és sötétvörösre festett bunkókban végződő alakok is láthatók, úgy hogy ezen az irodalomban eddig közelebbről még nem méltatott bakteriumfajt joggal lehetne a „*streptothrix smegmatis*” névvel illetni.

Ezen bakteriumfaj tisztán tenyésztése sajnos nem sikerült, mivel rendszerint épen a fentemlített diphtheroid-bacillusok által pár nap alatt el lettek nyomva; annyi azonban már is bizonyos, hogy a tuberculosis-bacillusokhoz nemcsak alakilag, hanem fajilag is igen közel áll.

Olyan smegmával, mely ugyan tömérdek saválló, de csak egyenes pálczikákat tartalmazott, ezen említett tenyésztési kísérletek teljesen eredménytelenek voltak, a mennyiben még csak szaporodást sem tudtam biztosan kimutatni, ezek képeznék tehát a smegmában előforduló harmadik saválló bakteriumfajt, mely azonban eddig még sehogysem lett kitenyésztve.

Az eddig még kéllőleg nem tanulmányozott saválló spirillumoktól eltekintve, hozzájárulna még mint negyedik faj a *Müller*-féle bacillus smegmatis, mely azonban mindenek szerint akárhol inkább látszik előfordulni, semmint a genitáliák smegmájában.

Mindent összegezve látjuk tehát, hogy „a smegmabacillus”

egyáltalában nem létezik,³ hanem igenis előfordul a genitáliák smegmájában több, de a sajátos táptalajnál fogva csak korlátozott számú többé-kevésbé saválló bakteriumfaj, míg a bőr többi felületén valószínűleg még akárhány fajta sav-alkoholálló bakteriumot fogunk találni.

Vizsgálataink eredményeit a következőkban foglalom össze:

I. A Réna tanár által „*perifolliculitis agminata suppurativa*” két esetében, a cutan és subcutan tályogok genyijében talált tömérdek sav-alkoholálló, a tuberculosis-bacillusokhoz igen hasonló bacillus nem székel magában a perifollicularis gyulladásos góczban, hanem csak a cystikusban táult, gyakran valóságos ürmeneteket képező folliculusok tartalmában, mint következménye az ott felhalmozódott, stagnáló bőrváladéknak, a honninn azután könnyen vegyül a perifollicularis abscessusok genyijével.

A bacillus tenyésztése nem sikerült, állatokra nem bizonyult pathogennek.

Ezen saválló bacillusokat minden valószínűség szerint a „*perifolliculitis agminata suppurativa*” további eseteiben is meg fogjuk találni.

Magával ezen bőrbántalommal úgy látszik nem állanak még csak közvetett aetiologiai nexusban sem, ennek a kérdésnek exact eldöntésére azonban még további kutatások kívánatosak.

II. Saválló bacillusok a bőrön nemcsak physiologikus körülmények között fordulnak elő, hanem a bőrfelület akármelyik részén is, ha pathologikus elváltozások folyamán vagy nyomán két bőr felület állandó érintkezésére vagy folliculusok nagyobb mérvű tágulására és így a bőrváladéknak pangására kerül a sor, különösen azonban torpid scrophulosisnál fennálló, befelé hámosodott bőrhidakban és bőrtasakokban, a hol azután könnyen kerülhetnek a még fennálló scrophulosus góczokba és tuberculosis-bacillusoknak tarthatnak.

III. A genitáliák smegmájában csak korlátozott számú, többé-kevésbé saválló bakteriumfaj fordul elő; melyek a készítménynek 30%-os sósavas alkohollal való kellő zsírtalanítása után kivétel nélkül elszíntelenednek.

A neurastheniáról.

Az 1905. évi szünidei cursuson előadta Jendrassik Ernő egyet. tanár.

(Vége.)

Lássuk még azokat a módszereket, a melyek a félfürdő pótlására szolgálhatnak. Fiatal, erőteljes, jól táplált emberek számára jó a permetezés (dussolás). A hol van erre alkalmas berendezés, ott az ember egyszerűen beenged este a kádba egy arasznyi vizet, melynek hőmérséklete reggelre már a szobához alkalmazkodik. Ebben a vízben a beteg fél percig jár, míg lába kissé hozzá szokott a hőmérséklethez és akkor megeresztli a permetezőt s a vizet három-öt másodpercig folytatja a beteg testén elől-hátul végig, jóformán csak addig, a míg a víz hőmérséklete kellemetlen; ha már kellemessé lesz, megszünik a vasomotorok összehúzódása, a beteg sok meleget veszít s lankadtá lesz. A hőmérsék nem sokat határoz, bár a túlhideg víz itt sem jó; utánna a beteg gyorsan felöltözik és dolgára mehet. Itt a főszerepet a vasomotoroknak hirtelen való ingerlése, megrázkódtatása játszsza.

A hol még ez a berendezés sincs meg, vagy a hol talán enyhébb eljárást akarunk alkalmazni, jó szolgálatot tesz a lepedővel való ledörzsölés. Ez talán a leggyakrabban alkalmazható. Az eljárás, a melyet én házi használatra ajánlok, eltér a fürdőhelyeken szokásostól. A beteg reggel ágyában takarója alatt levetkőzik s kezeire frottáló kezyüt húz. Ezután kezyüs kezeit az ágyból kidugva, azokat állott vízbe mártja be, a míg jó nedvesek lesznek. E közben behoz a fürdető állott vízbe mártott és jól kicsavart lepedőt. A beteg most kinyrik ágyából, a fürdető rácsavarja a lepedőt és kapcsos tüvel összetűzi a beteg egyik vállán. Tőgában van most a beteg, a mely köröskörül a földig ér le, úgy hogy a külső levegő nem is juthat hozzá. A mikor betakarják a beteget, az a könyökét kissé szét tartja, hogy maradjon annyi hely a lepedő alatt, hogy kezyüs kezével ledörzsölhesse maga-magát

¹ Weber: l. c.

² Neufeld: Ref. Centralblatt f. Bakt. 31. k.

³ Lásd Pertik összefoglalását a smegmabacillusokról. Lubarsch és Ostertag Ergebnisse d. path. Anat. 1902. II. k., 99—114. l.

elől. A segítő ez alatt hátulról dörzsöli le a beteget pusztá kezével a lepedőn keresztül. A két percig és nem tovább tartó ledörzsölés végével, a mikorra a beteg is már erősen kidolgozta magát, a nedves lepedőt leveszik és szárazba burkolják be a beteget, testét gyorsan leszárítják; azután a beteg gyorsan felöltözködik és fél órát mozog. Ez oly eljárás, a melyet mindenütt el lehet végezni és nagyon hatásos. Ez is egyik jó reggeltje a neurastheniának.

Ezekkel a hidegvizes eljárásokkal minden esetben beérhetjük.

Hasznos szokás a vízkúrát fürdőhelyen is végezteni, de ez nem lehet a vízkúra kizárólagos alkalmazása, sőt nagyon megkivánom, hogy a mikor a beteg felüdülve hazaért, azonnal megkezdje a házikúra folytatását. Milyen gyakori eset az, hogy fürdőhelyből hazakerült asszony teljesen elhanyagolva baját, egész erővel hozzáfog lakása rendezéséhez, régi életmódjához s egy-két hét múlva nyomtalanul eltűnt a fürdőkúra jó hatása. Ennek elkerülésére már előzőleg kell figyelmeztetni a betegeket.

A fürdőhely megválasztása tekintetében meg kell különböztetni az egészségest, a ki azért megy oda, hogy kissé más levegőben, más gondolatokban éljen, a gyógyulást kereső neurastheniástól; az előbbi oda megy, a hova akar, s ott saját kívánsága szerint kezelhető mindenféle alakban, az ilyen embernek gyakran még jól is esik, ha naponta több procedurának vetik is alá: ez az ő dolga! De ha azt akarjuk, hogy a neurastheniás embernek haszna legyen a fürdőzésből, kerülni kell azokat a helyeket, a hol sok procedurát erőltetnek rá mindenkire. Az a túlságos berendezés, a hol az orvos katedrán áll s onnét dirigálja a fecskendőket, a hol a permetezők mindenféle irányban működésbe hozhatók, a hol a fürdőt szolgál külön buzgósággal toldja meg a rendeléseket, a hol hajnalban lemosást, reggel lábfürdőt, délelőtt félfürdőt, ebéd előtt még egy haskötőt, délután megint két vagy három procedurát és este begöngyölést alkalmaznak: ott egyszerűen a vízkúrának karrikaturáját végzik, a mi a tarifa szempontjából hasznos lehet, de igazán nem való a neurastheniás embernek. Sajnos, ma már néhány „természetes“ kúrában több józanság és mérséklet van, mint egynémely nagyhírű „víz-specialista“ kezelésében.

Sokszoros tapasztalatom révén állíthatom, hogy azokon a helyeken, a hol óriási apparatussal, de kevés gyakorlati érzékkel (sokszor inkább pro domo) végzik a vízkúrát, ott a fürdőzésnek haszna nincs. Ha neurastheniás embert akarnak fürdőhelyre küldeni, nézzék meg, hogy hová küldik és főleg, hogy ki ott az orvos. Az orvoson mulik a legtöbb. Sajnos a fürdőorvosokat nem mindig választják meg a legjobb körülményekkel a fürdőtulajdonosok. Csak olyan helyre lehet küldeni a beteget, a hol az illető orvosban megvan a megfelelő garancia. Figyelmeztetésül mindig jó megírni a betegnek is, az orvosnak is, hogy milyen határok közt óhajtjuk a kúra végzését. De hidegvíz-kúráért igazán nem szabadna külföldre küldeni beteget! Van elég igen jól megfelelő helyünk hazánkban is.

Nem is minden neurastheniás való ilyen hidegvízzel gyógyító helyre. Erőteljes, egészséges, nosophobiás neurastheniást, főleg fiatal embert, ne állítsunk be a betegsorba, hacsak nem látjuk igazán szükségesnek, hogy állandóan orvosi vezetés alatt legyen. Sokszor jobb az enyhébb neurastheniást szabadságidejére utazni küldeni, ha t. i. az utazásban öröme telik, mert a változatos, új benyomások, az út fáradalmi legyőzésének tapasztalása egyaránt jótékony tényezők, vagy küldjük el azt a neurastheniást, a kinek teste edzésre szorul, de a kitől mégis a betegség érzését távoltartani akarjuk, a tengerpartra, a hol a levegő, igen rövid fürdés, de kedélyére erősen ható új viszonyok sokat javíthatnak állapotán. A megválasztandó helyet illetőleg azonban a beteg temperamentuma, kisérete s nem a legkisebb mértékben vagyoni és társadalmi helyzete is elbírálás alá veendő.

Az álmatlanság legsúlyosabb esetei csakis sanatoriumban kezelhetők siker reményében. Az ilyen esetek elég gyakran suicidiummal végződnek s már ezért is szükséges ezeknek gondos kezelése.

Az enyhébb esetekben a legelső dolog megtudni, hogy mikép osztja be alvását a beteg. Igen gyakran halljuk, hogy este nem tud elaludni, de reggel négytől tízig alszik. Másnap este már le fekszik nyolczkor és panaszkodik, hogy nem tudott elaludni négyig. Állítsuk fel a tételt, hogy minél rosszabbul alszik a beteg este, annál korábban keljen fel, nehéz annak elaludni este korán, a

ki délelőtt aludta ki magát, sőt némelyik beteg még délután is aludt egy verset. Az ilyen beteg a leghosszabban alvó embereken, a socialistákon is túl akar tenni, neki még nyolcz óra sem elég! Nyolcz órára nincs is szüksége az ilyen neurastheniásnak; tehát ne feküdjék le nagyon korán, és főképen kezdje azon a segítséget, hogy keljen fel reggel jókor; akár aludt azon éjjel, akár nem, mindennap ugyanabban a reggeli órában (6—1/28). Este azután jobb a tétlenség az ilyen esetekben. Természetesen használja ki a beteg azokat az egyéni tapasztalatokat, a miket önön észlelésével nyert, de csak ha azok orvosilag is helyeseknek látszanak.

Az altatószereknek nagyon fontos szerepe van, ha az álmatlanság valamely erősebb kedélyi izgalomnak közvetlen következményeképp jelentkezik. Az ilyen betegnek adjunk veronalt, trionalt, bromidiát (néha elég paraldehyd 0'4, trional 0'2 pro supposit.), vagy a melyik szer mint *legártalmatlanabb* és *legbiztosabb* divatban van, de ne kicsi, hanem elégséges dosisban; mert ha megadjuk a rendes alvásba a folytonosságot, akkor legjobban elkerüljük az álmatlanság idültté válását. Ezeket a szereket azonban nem kell mindennap adni, csak minden második, később minden harmadik este, de előre kiszabott rendszerrel, nem pedig úgy, hogy a beteg előbb pár órán át megpróbálja: tudna-e aludni vagy sem. Hogy mikor kell ismételtetni a bevételt, azt a közbeeső éjjelekről tudjuk megítélni, az altatószerek, főleg az újabbak, rendszerint a következő éjjelen is hatnak, sőt néha még kellemesebben; a harmadik éjjelen ellenben már alig, s ha ezeken is eleget alszik a beteg, akkor ez a legjobb jele annak, hogy a helyzet javul. Sokszor teljesen elég az is, ha az ember egy-két gramm bromnatriumot ad este felé. Néha, ha nem olyan igen súlyos az álmatlanság, érjük be még egyszerűbb módszerekkel, pl. felváltva a törzsöknek, az alszáraknak nedves ruhába való begöngyölítésével, vagy a délutáni órákban langyos meleg, hosszabban (1/2—3/4 óra) tartó fürdővel.

Az idült neurastheniás álmatlanság gyógyításában a fentjelzett altató szerek nem sok eredményt adnak, sőt gyakran még rontják a helyzetet, a betegek másnak kábultak, gyengék, éjjelők sem volt jó. Az ilyen betegeket sanatoriumban lehetőleg nyugodt viszonyok közé kell helyezni, továbbá sőtalan diétával (só nélkül készített ételek bromnatriummal sózva *Bálint* szerint) egybekötött bromkezeléssel kell arra törekedni, hogy idegrendszerük minél inkább leszokjék arról a túlingerelt állapotról, a melyben energiaszűkület állandóan megtöltve tartja. Súlyosabb esetekben a fentebb vázolt opiumkúra is felhasználandó. Ha a beteg elegendő időt tud ennek a kúrának kivételére szánni: akkor az esetek többségében eredményt érhetünk el. Természetesen az ilyen kúrában és az azután következő rendes életmódban még fel kell használni azokat az apróbb fogásokat is, a melyek tapasztalat szerint jótékony hatásúak. Van olyan beteg, a kinek jóformán üres gyomorral kell aludni menni, másképp nem jön szemre az álom, másoknak ellenkezőleg még éjjelre is kell valami ennivalót készen tartani. Az ilyen beteg igyék meg este egy pohár meleg tejet és készítsen elő valamit éjjelre. Ismertem egy beteget, a ki késő éjszaka fel-lármázta a házat, mert nem volt otthon ennivaló. Nem volt éhes, de félt attól, hogy rájön az éhség. Éjjel két órakor el kellett valakinek menni ennivalóért, olyan izgatott lett; a mikor meghozták az ételt, megnyugodott, nem evett, de elaludt.

Az álmatlanság enyhébb eseteiben elégséges, ha a neurasthenia általános kúráját foganatosítjuk.

Hasonlóképpen ezt az eljárást követjük a neurastheniás fejfájás ellen, a míg az az enyhébb határok között marad. Vannak azonban ennek a fejfájásnak oly heves és állandóan gyötrő alakjai, a melyekkel igazán nehéz megküzdeni. Egy volt betegem, fiatal nő, csak az opiumtól nyert javulást, ezt a szert állandóan egyforma kis adagban (2 × 0'02) a saját elhatározásából már több mint egy éve veszi, csak ilyen módon tud fejfájás nélkül lenni; ez a szer különben nincs ártalmára.

A hemikraniás alak ellen a tartózkodási hely megváltoztatása, enyhe vízkúra s főképen az arsen alkalmazása ad jó eredményt. Az utóbbit ezélszerű mint Roncigno-vízkúrát ajánlani (a többi arsenes víz teljesen elégtelen arsen tartalmaz, vagy olyan sokat kellene belőlük inni, hogy azt a gyomor sinylené meg).

Hasonlóan jó szolgálatot tesznek a kakodyl-készítmények bőr alá fecskendezve (arsycodile, 4–5-ször hetenként, 4–6 hétig).

Lássuk még a nemi szervek körében észlelt tünetek kezelését.

Az éjjeli pollutiók legtöbb esetben külön kezelésre nem szorulnak, de igen nagy hiba ezt a tünetet helybeli bajként fogni fel; mindaz, a mit helybeli kezelés céljából alkalmaztak és ajánlanak, csak a neurastheniát növeli, a pollutiókat nem ritkítja. Ha a neurastheniát általános kezelésbe vesszük, ha eltöltjük a beteget az esteli túlbő táplálkozástól, ha reggel felé vizeltetjük (ébredtő óra segítségével), ha még esetleg bromkámfort rendelünk estére és főképen ha megmagyarázzuk a betegnek, hogy physiologiai folyamatról van szó, a mely csak az ő neurastheniája mellett izgató s annak javulásával őt sem fogja bántani: akkor megtettük azt, a mit kell és szabad. Csak a napokban vezetett hozzám egy 17 éves fiatalembert orvosa. Az utóbbi előadta, hogy a fiatalembernek három év óta vannak pollutiói, néha sűrűbben, rendszeren ritkábban jelentkeznek; az eddigi gyógyítási kísérletek kudarcot vallottak, pedig egy „szakorvos” a ductus ejaculator. nyilásának atóniáját (milyen öröme volna Molière orvosainak, ha most feltámadhatnának!) diagnostizálta s hosszasan helybelileg is kezelte már, sőt ezelőtt három évvel (akkor a fiú 14 éves volt!) a családtagok segédkezésével pro coitu küldték a „beteget”. Ez a biztatás a komolyabb természetű ifjúnak nem tetszett, nem is onanizált. Mindezek előrebocsátása után kértem a fiatalembert, hogy a pollutióknak milyen kellemetlen következményeit érzi? A mire ő teljesen tagadólag felelt s egyszersmind megjegyezte, hogy „a doktor úr is, meg a specialista is csodálkoztak azon, hogy ninesen bajom, ők azt mondták, hogy lenni kellene”. Nem a legnyilvánvalóbb neurasthenia-nevelés ez? hozzá még rosszabb is, mert igazán könnyelműség a nemi élet megkezdését siettetni. De nem vádolom a két kollégát, sajnos nagyon is elterjedt nézeteket vallottak ők is, ezek ellen a nézetek ellen kell küzdenünk s csak ezért említem fel ezt az eléggé tanulságos (és fájdalom, gyakori) esetet.

Az impotentia kezelésében irányadó az, hogy ezek az egyének nem teljesen impotensek, hanem psychikai impotentiában szenvednek, a melyben a nemi képességet a külső körülmények nagyon befolyásolják. Ezek azok a jó férfiak, a kik, ha nem is mindig jó szándékból, de neurastheniájuk révén hüek. Az ő képességük a megszokott viszonyok között egészen jól megfelel, sok gyermekük is van és még igazán nem eléggé megbecsülhető jótétéményc ennek az állapotnak, hogy syphilit, tabest, paralyist, aneurysmát stb. nem kapnak.

Ennek az impotentiának kezelése okszerűleg abban áll, hogy az illetőnek olyan viszonyok közé kell helyeznie magát, a melyek a megszokottság jellegével birnak. Vagy nőszüljön meg az illető, vagy helyezze magát egyébként ahhoz hasonló viszonyok közé.

Természetesen elég gyakran megesik, hogy kezdetben még ily viszonyok között sem áll be erectio vagy a korai ejaculatio keseríti el a beteget. Az első ellen az a tanács, hogy az együttélés daczára 1–2 hétre eltöltjük a kísérletet, a második elmúlik idővel magától is.

Elősegítik a gyógyulást az utazás, a testi fáradalmak, a testedzés.

Az orvosságokkal nem sokat érünk el az ilyen körülmények között. A strychnin, zinc. phosph. (Extr. nuc. vom. spir. 0.40, zinc. phosph. 0.20 ad pilul. XXX. DS. 1–3 szemet naponta), a Damiana (Tabl. Damianae comp. Egger 2–4 pro die) és a többi tonicum hosszabb ideig használva, általános erősítő hatását fejt ki. A yohimbin nem látszik célszerűnek, a cocainéhoz hasonló szédülést, kellemetlen közérzetet okozhat, valami megbízható egyéb hatás nélkül, hacsak suggerálólag nem érvényesül.

Még egy pár szót szólok a helyi kezelésekről. Sokszor előfordul, hogy a kollegák azt gondolják, hogy ez a nő azért neurastheniás vagy hysteriás, mert genitáliáin valami baja van. Sok szakorvos is abban a véleményben van, hogy ha a test egyik vagy másik nyálkahártyáját rendbehozza, meg fog gyógyulni a neurastheniás is; mindenféle operatiót is végeznek ilyen célból.

Ebben a kérdésben az tartandó szem előtt, hogy ha a betegnek olyan helyi, illetőleg szervi megbetegedése van, a melyt lehet, és pedig gyorsan lehet és igazán kell gyógyítani, azt

előbb végeztessük el, és azután fogjunk a neurasthenia gyógyításához, de abba ne menjünk bele, hogy az ilyen betegeket a neurasthenia kezelésével egyidejűleg hosszantartó és többnyire sikertelen más kezelésnek is alá vessék. A nyálkahártyák egyes specialisták szemében mindig duzzadtak, feleslegesen secernálnak, azokon duzzanatot, hurutot lehet constataálni, azt végnélküli türelemmel kell gyógyítani, mert meggyógyítani nem lehet . . .

Ne kívánják, hogy ezen a téren példákat soroljak fel, pedig csaknem nehezemre esik elhallgatnom azt a sok mindenféle tanulságos észleletet, a melyet ebben az irányban tettem. Legkárosabbnak tartom a hosszasan folytatott sebészi (illetőleg nőorvosi, urológiai stb.) kezelést és a beteget megijesztő téves vagy túlzott fontosságú kórjelzéseket. Használunk azzal a betegnek, ha megmondjuk neki, hogy szívbaja van, vagy tabese van fejlődőben, a mikor annak meg nem mondása a betegre veszedelmet nem hárít, s mi meg tudunk mindent tenni az érdekében? Hát még a mikor olyan neurastheniáson, a kinek szervezete ép: tüdőbajt, tabest vagy más súlyos bajt vél feltalálhatni orvosa, és ezt — a mi még ő maga előtt is kétséges lehet — megmondja a betegnek? Ne felejtjük el: a beteg gyógyulást keres nálunk, nem diagnoszt; megnyugtatót és nem minden eshetőséggel számoló tudományos prognoszt. A beteg a gondokat ránk bizza, mi a betegünk érdeke ellen cselekszünk, ha gyógyítás helyett csak aggodalmait fokozzuk. Nem orvosnak született az, a ki így cselekszik!

A műteti beavatkozások egyes látszólag gyógyult vagy nagyon megjavult esetekből nyerik az operálók előtt jó hírüket. Az esetek nagy többségében ez annyiból csalódás, hogy nem a műtétnek vagy a helyi kezelésnek közvetlen haszna eredményezte a kedvező fordulatot, hanem a sanatoriumi tartózkodás, a műtét és a kezelés suggeráló hatása és az eredményben bizó műtevő egyéni befolyása. Az orvos egyéni befolyása, ez a legfontosabb tényező! Nincs olyan orvos, a ki minden neurastheniással szemben megtalálná a kellő hangot, az igazi szavakat; e tekintetben tanácsokat adni, szabályokat felállítani nem lehet; szerencsés az a neurastheniás, a ki hamar rátalált doktorára. De még egyszer kiemelem, hogy azzal végezzem előadásomat, a mivel kezdtem: csak a helyes pathologiai felfogás lehet vezetőnk úgy a beteggel való beszédünk hangjában, mint az egyébként kiszabandó kúrában.

Tárca.

A termékenyítésről.¹

(Folytatás.)

A termékenyítés e rövid vázlatában egy pár pont még bővebb megvilágításra szorul.

1. Emlékszünk, hogy a tüskésbőrűek termékenyítésekor a hím és női előmag teljesen egybeolvadt egymással, s hogy Hertwig épen ezt az egyesülést tartotta a termékenyítés legsarkalatosabb mozzanatának, annak, a mi teljessé teszi ezt a folyamatot. Ámde mai nap tudjuk, hogy ez a tétel nem állhat meg; láttuk az egér példáján, hogy vannak állatok, a melyekben a magvak a termékenyítés alkalmával nem egyesülnek egymással, hanem olyféleképp viselkednek, mint a hogy azt leirtuk.

Van Beneden észlelte először ezt az eltérést az ascaris-petén; azóta az ivarmagvak e viselkedését ascaris-typusnak nevezik, szemben a Hertwig-féle echinoderma-typussal. Eleinte nagy jelentőséget tulajdonítottak e különbségnek, de mindinkább kiviláglott, hogy semmi fontossága nincs. A végeredmény ugyanis mindkét esetben ugyanaz, mert végtére mind a két typusnál ott találjuk a hím és női chromosomákat az orsó egyenlítője körül. A különbség úgyszólván csak a folyamat technikájának egy jelentéktelen részletében áll, nevezetesen abban, hogy az egyik esetben — az ascaris-typusnál — a kétrendbeli chromosomák már a két különálló magból bontakoznak ki, s ezekből vonulnak oda a köztük előtűnő orsó egyenlítőjéhez, a másik esetben pedig a kialakulásuk csak később, az egygyé olvadt ivarmagvak közös maghálózataiból, a rendes mitosis typusa szerint megy végbe. Hogy milyen kevésbé sarkalatos ez az eltérés, az kiderül abból is, hogy közbeeső alakokat is észlelünk a két typus közt; így

¹ Lásd Orvosi Hetilap 1905. évi 16., 23. és 25. számát.

van arra eset, hogy a magvak egybeolvadnak ugyan, de csak akkor, mikor már a gomolyagállapotban vannak, a mit pl. az őshalak petéin észlelünk (Rückert, 1899). Még meggyőzőbb bizonyossága ennek, hogy vannak állatfajták, a melyek petéin hol az egyik, hol a másik típus módjára megy végbe a termékenyítés (Klinckowström, 1897). Egyébként megemlítem, hogy Korschelt szerint (l. c. 680. l.) az állatorszámban gyakoribb az ascaris-típus, vagyis az, a melyben a magvak egyesülése nélkül folyik le a termékenyítés.

Ennél az utóbbi típusnál nem könnyű szabatosan meghatározni a termékenyítés befejeztének a pillanatát. Van Beneden a fogamzást bevezetettnek véli már a két ivarmag teljes kifejlődésével; mindaz, a mi ezután következik, a magvak egymásfelé vándorlása s a többi tünetmennyi már a barázdálódási oszlás mozanata volna. E vándorlás volna tehát a tulajdonképeni egyéni fejlődés első lépése; mert a termékenyítés még nem tartozik ehhez, az csak bevezetés a fejlődéshez.

2. Egy másik dolog, a mire szintén vissza kell még röviden térnem: az a tény, hogy az ivarmagvakban, mikor alkotórészeik összekeveréséhez készülnek, csak félannyi a chromosoma, mint a szervezet minden egyéb sejtjében. Az ivarmagvak e szerint nem is teljes magvak, hanem csak félmagvak; legalább is ilyeneknek nevezhetjük őket a mag legfontosabb alkotórésze, a chromatin tekintetében. Csökkent bennük a chromatin összes mennyisége s csökkent — még pedig éppen a felére — a chromosomák száma is. Ezt a kétfajta csökkenést azért kell különválasztanunk, mert elképzelhető az a lehetőség, hogy a mag chromatinállománya csak a fele a rendesnek, de ez az állomány a rendesnél ugyan kisebb, de normalis számú chromosomákra van felosztva, s elképzelhető ennek az ellenkezője is: sok chromatin kevés chromosomával.

A chromatin- és chromosoma-reductio ezéja teljesen világosan áll előttünk; önként folyik ez a termékenyítés vázolt folyamatából. Ha az ivarmagvakban ez az állomány a rendes mennyiségben, a chromosomák bennük a rendes számban volnának meg, akkor a magvak copulatioja alkalmával a megtermékenyített petesejt magjában kétszer annyi chromatinnak és kétszer annyi chromosomának kellene együvé kerülnie, mint a szervezet egyéb sejtmagjaiban. Ez a viselkedés persze átmenne a képződő organismus valamennyi sejtjére, mert ezek mind a petesejt származékai, s így a fejlődő állat az átöröklés törvényeinek ellenére már nem volna egészen hasonmása a szüleinek és őseinek; egy nagyon fontos dologban eltérne tőlük. S ha ennek a szaporodásakor megint elmaradna a reductio, a chromosomák ismét megkétszereződnének, s ez így folytatódna az ivadékok során a végtelenségig, a miből lehetetlen állapotok következnenek. Ebből látjuk, hogy a chromosomák előzetes csökkenése abszolút szükségesség.

Habár nem tartozik szorosan a tárgyalásunkhoz, mégis szóba hozom röviden, hogy hol és mikor megy végbe az ivarmagvakon ez a reductio. Nagyon sokan vizsgálták már ezt a kérdést, de még mindig nincs minden ízében tisztázva. A petefészek és here fejletlen ivarsejtjeiben (az ovogoniumokban és spermogoniumokban) a chromosomákat még rendes számúaknak találjuk; világos tehát, hogy a sejteknek fejlődésük legutolsó szakaszában kell a reductión átesniök. A mi a chromatin mennyiségbeli csökkenését illeti, erről tudjuk, hogy a két legutolsó sejtoszlás: a heresejteken a két spermioctya oszlás, a petén a két érési oszlás során megy végbe. Ezek az oszlások oly hirtelen követik egymást, hogy a chromatinnak nincs ideje a két oszlás közt anyag-átvasatás útján ismét előbbeni tömegére növekedni, a második oszlást meg nyomban követi a sejt leválása szervéről, a mivel elkerül a táplálkozás forrása mellől s így chromatinját megint nem egészítheti ki.

Más kérdés a chromosomák számbeli apadása. Az ember azt hinné, hogy az okvetlenül együtt jár a mennyiségbeli fogyással. Ez volt Weismann-nak a nézete (1887). Ő a kérdést leginkább a petesejtek érésében tanulmányozta, és arra az eredményre jutott, hogy a számareductiót az érési oszlások végzik el, még pedig az által, hogy a két oszlás közül a másodikban a mag mitosisa nem a közönséges („aequatiós”) típus szerint folyik le,

melyben a chromosomák száma nem csökkenhet, hanem az oszlásnak egy külön fajtája, a „reductiós oszlás” módjára, melynek az a veleje, hogy a chromosomák nem hasadnak ketté, hanem egészben maradván, szétválnak egymástól, a felük az egyik, a felük a másik fióksejt magjába megy, minek folytán persze a fióksejtekre külön-külön csak félannyi chromosoma jut, mint a mennyi az anyasejtben volt. Weismann még legutóbbi nagy művében (Vorträge über Descendenztheorie, 2. kötet, 1904. 241. lap.) is fenntartja ez állítását, a mi érthető is, mert ő ennek a reductiós oszlásnak sarkalatos szerepet juttatott a fajok fejlődéséről s az átöröklésről szóló elméleteiben.

Ámde ez a Weismann-féle reductiós-oszlás a tudományban ma már hitelét veszítette; ha elő is fordul, ritkaságszámba megy. Tudjuk ma, hogy a mag az esetek nagy többségében a reductión már az érési oszlások előtt, félig-meddig nyugalmi állapotában átesik egy sajátos folyamat, a „synapsis” (Moore) útján, melynek úgy látszik az a veleje (Rückert), hogy két chromosoma, még pedig valószínűleg egy him s egy női eredésű (Montgomery 1903, Boveri 1903.) egybeolvad egymással, a mivel persze a chromosomák száma a felére száll le. Némelyek teljesen tagadják a reductiós oszlást, mások, mint Kornhelt (1903), megengedik, hogy előfordul néha-néha, habár nem is olyan egyszerű alakban, mint a hogy azt Weismann leírta. Kornhelt praereductiót és post-reductiót különböztet meg, a szerint, a mint az első vagy második érési oszlásban apad a felére a chromosomák száma.

3. A termékenyítés felőli vizsgálatoknak, mint hallottuk, egy igen fontos eredménye az a tétel, hogy a termékenyítést mindig csak egy ondószál végzi. Eleinte azt hitték, hogy nincs is olyan petesejt, a melybe rendes körülmények közt egyenlő több spermium nyomulhatna be. Az utóbbi évtizedben azonban megváltozott erről a véleményünk, mert kiderült, hogy igenis vannak petesejtek, a melyek nem bírnak elegendő védő berendezéssel arra, hogy meggátolhatnák ezt az invasiót.

Ez a polyspermia kivált olyan petéken fordul elő, a melyek nagyok és peteszikben, vagyis a tojás sárgájának megfelelő passzív tápláló anyagban bővelkednek. De ezek az újabb tapasztalatok nemhogy megingatnák az említett tétel érvényességét, de éppen sőt támogatják azt, mert azt látjuk, hogy akárhány spermium tudott is beférkőzni a petébe, a valódi termékenyítést mégis csak egyetlen egy végzi, azaz ilyenkor is csak egy ondószál feje kopulál a petemaggal, nyilván az, a mely legközelebb fekszik hozzá, a többi spermium pedig előbb utóbb elpusztul.

Rendellenes viszonyok közt előfordulhat az ilyen polyspermia olyan petéken is, a melyek különben mindig csak egy ondószál beférkőzését tűrik el. Ezt pathologiai polyspermiának nevezzük; ismeretét Hertwig-nek köszönjük. Midőn Hertwig a tuskésbőrűek petéin a mesterséges termékenyítést tanulmányozta, olyan módon is kísérletezett, hogy a petékhez különböző vegyszereket adott s megvizsgálta, hogy milyen hatása van ennek a termékenyítés folyamatára. Így jutott annak a nyomára, hogy kevés morphium, strychnin, chloroform vagy chloralhydrat a petéket annyira meggyengíti, hogy ezek már most nem tudnak kellőképp védekezni nagyszámú spermiumok behatolása ellen. Ugyanaz következett be akkor is, ha az állatból kivett petéket nem termékenyítette meg azonnal, hanem egy kissé állani hagyta, a miből az a tanulság vonható le, hogy a morphium stb. hatásában nem valami különös méreg hatás szerepel, hanem csak a pete életerejének a csökkenése. Hertwig kísérleteiben egyes polysperm peték fejlődésnek is látszottak indulni, csak hogy barázdálódásuk szabálytalan módon indult meg s csakhamar félbe is szakadt, a peték elpusztultak.

De van, mint hallottuk, rendes, „physiologiai” polyspermia is, sőt nem is ritkaság ez az állatorszámban; előfordul gerinces és gerinczelen állatokon. Először rovarokon észlelték Blochmann (1887) és Henking (1892). Gerinces állatokra nézve legfontosabban Rückert idevágó észleletei (1899) az őshalak (pristiurus, torpedo) petéin. Rückert azt találta, hogy ezeken az első benyomuló ondószálnak igen sok követője akad; a termékenyítésnek minél későbbi stadiumában vizsgálta a petéket, annál több spermiumot talált a kerek, narancssárga csirakorongban, sőt olykor

a tápláló szikben is. Végül 40—50, vagy még több spermium foglalhat helyet a petében, s csak ekkor szűnik meg a bevándorlás. De e sok spermium közül, mint már említettem, csak egy jut közelebbi viszonyba a petemaggal, csak egy részesül a copulatio kegyében, mint ha ott se volna a többi. Hanem a többi ondószál sem szívódik fel azonnal; valami kis mulandó szereplésük van nekik is. Azt észleljük ugyanis, hogy a fejeik rendjében átalakulnak sejtmagvakká, „mellékondómagvakká”, sőt hogy a magvak közül egyik-másik mitosisos módon oszlik is. Mindegyik mag mellett ott látjuk a centrosomát s e körül a protoplasmának egy halvány sugaras rajzolatát. A csirakorongban a barázdálódás megindulta előtt ezek a magvak egyenletesen vannak elosztva, a mit Rückert-tel abból magyarázhatunk, hogy bizonyos taszító hatásuk van egymásra.

A mellékondómagvak további sorsa a következő. Először is azt vesszük észre, hogy a csirakorong abban a pillanatban, a mikor megindul a barázdálódása, kiküszöböli őket magából, olyan formán, mint a hogy a tó megfagyó vize kiszorítja magából a part felé a benne levő idegen testeket. Most tehát ott találjuk e magvakat koszorú módjára elhelyezve a csirakorong szélén, a tápláló szik felé eső határvonalában, abban a még egy kis protoplasmát tartalmazó szegélyben, a melyet csirasáncznak vagy periblastnak neveznek. A protoplasma minden egyes mag körül csakhamar sűrűbb csomóvá tömörül, s egy-egy ilyen halmaz a felszín felé gumószerűen ki is emelkedhetik. Ezeket a sejtyszerű, de élesen el nem határolt képződményeket merocytáknak nevezi Rückert; ez a szerző mutatta ki, hogy magvaik átalakult spermiumfejek.

Rückert e merocytáknak eleinte nagyobb jelentőséget tulajdonított, de most már ő is elismeri, hogy az embryo felépítéséhez formative nem járulnak hozzá, hanem végre is szétesnek és felszívódnak. Egyébként ezekben a dolgokban még sok a „non liquet”. Igy pl. nincs még az a kérdés sem tisztázva, hogy mikép viszonylanak a merocyták azokhoz a nagy, lebenyes magvakhoz („szikmagvak”), a melyeket későbbi stadiumokban, a barázdálódás közben és ennek végeztével találni a csirasánczban. Nem lehetetlen ugyan, hogy a két sejtforma azonos, vagyis hogy a szikmagvak nem egyebek, mint átalakult merocyták, de valószínűbb, hogy a merocyták már előbb elpusztulnak, s hogy a szikmagvak más eredésűek, jelesen a barázdálódó csirakorongnak a csirasánczba kivándorolt elemei. Hertwig R. azt véli (1903), hogy a szikmagvak közt van ilyen meg amolyan eredésű. Megjegyzem, hogy ezek a szikmagvak is csak mulandó képződmények; a csirakorong táplálkozására ugyan fontosak, mert úgy látszik, valami szerepük van a peteszik tápláló anyagainak a csirába való átvitelében, de később felszívódnak.

A csontos halakon polyspermia nincs, mert útját állja ennek az erős peteburok, melynek szűk nyílásán, a mikropylén, épen csak egy spermium tud átjutni. Hasonlóképen ismeretlen a polyspermia a békaféléken, míg az amphibiumok másik csoportjában, a farkas kételtűeken (götefélék, szalamandra stb.) előfordul; csak hogy itt a tünetny nem oly szembeötlő, mert csak kevés — 6—8 — fölös ondószál jut be a petébe, s ezek is minden további szereplés nélkül csakhamar nyomtalanul eltűnnek a petesejt protoplasmájában.

Állandó és igen kifejezett jelenség a polyspermia a sauropsidákon (csúszómászók, madarak), különösen a reptiliumokon. Oppel mutatta itt ki először (1892) a kigyók petéin. Ballowitz legújabb közlései szerint (Die Entw.-gesch. d. Kreuzotter. Jena, 1903. 79—85. l.) a keresztes viperán néha ötvennél is több spermiumot találni a megtermékenyített pete belsejében. A fölös spermiumok azonképen viselkednek, mint az őshalakon: sejtmagvakká alakulnak át, oszlanak, a csirasánczban helyezkednek el stb. Ballowitz későbbi sorsukra nézve sajátos álláspontot foglal el. Elismeri, hogy a merocyták legnagyobb része elpusztul, de egy kis részükre, nevezetesen azokra nézve, melyek legbelül, még félig-meddig magában a csirakorongban fekszenek, felveszi, hogy hozzávegyülnek a barázdálódó sejtekhez, tovább oszlanak s nem mennek tönkre, hanem ők is részt vesznek az embryo felépítésében. Nehéz ezt elhinnünk, kivált ha elgondoljuk, hogy a merocyták magjaiban a többi magtól eltérően csakis apai chromatin s csak félannyi chromosoma van, mint a

többi magban. A fejlődő szervezetbe itt egy pár olyan sejt jutna be, mely gyökeresen különbözik a többitől.

S ezek után már most áttérhetünk feladatunk legérdekesebb részére: a termékenyítés lényegének a tanulmányozására.

Lenhossék Mihály.

(Polytattjuk.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. O. Lubarsch: Die allgemeine Pathologie. I. Band, I. Abteilung. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1905.

A mint ismeretes, Németországban az általános kórtan — kevés kivételtől eltekintve — mindeztideig nem volt más, mint általános kórboneztan, vagyis a kóros folyamatok magyarázásában csak az anatómiai, a morphologiai részt vette tekintetbe. Csak az utóbbi években indult meg egy áramlat, a mely felfogván a tulajdonképeni általános kórtan fontosságát úgy az orvosi oktatásban, mint az orvosgyakorlati tevékenységben, kezdi a kóros folyamatokat — a mennyiben azok az általános kórtan körébe tartoznak — physiologiai szempontból is méltatás tárgyává tenni. Ennek az áramlatnak a ki-folyása az, hogy a német egyetemek kórboneztani intézeteivel kapcsolatban külön osztályokat kezdenek szervezni az úgynevezett pathologiai physiologia számára és hogy Krehl tanárnak már három kiadást ért kitűnő munkája (Pathologische Physiologie. Leipzig, F. C. W. Vogel) megszületett.

Lubarsch munkája, melynek első része néhány hét előtt jelent meg, az általános kórtan mindkét részére: a pathologiai morphológiára és a pathologiai physiológiára egyaránt tekintettel van s mint ilyen csakugyan hűzágpótlónak ígérkezik. Ha többi része is olyan lesz, mint a most megjelent első, akkor minden-esetre olyan munka birtokában leszünk, a melyből könnyű szerrel kimerítő felvilágosítást nyerhetünk az általános kórtan kérdéseiről, még pedig — és ez nagy érdeme lesz — a gyakorlati orvostanhoz való vonatkozásaikban is. Ily módon nem csupán a szakember és az orvostanhallgató, hanem a gyakorló orvos is nagy hasznát fogja venni a munkának.

A most megjelent első rész tartalmas bevezetés után, melyben a betegség definitióját adja, továbbá az általános kórtan feladatairól, beosztásáról, módszereiről, segédtudományairól és a gyakorló orvosra nézve jelentőségéről szól, a sejt általános kórtanának, valamint a kórtani alaptörvényeknek tárgyalására tér át. Azután megkezdí a vérkeringés zavarainak fejtegetését, külön tárgyalva a helyi vérkeringési zavarokat (hyperaemia, anaemia, vérzés, oedema, stasis, thrombosis, embolia, metastasis) és az általánosokat (vérkeringési zavarok a szív, a véredények és a vér elváltozásai következtében).

A munka kiállítása kifogástalan; a nagyszámú, részben színes ábra szép kivitelű, jól megválasztott, tanulságos. A munka előhaladásáról időről időre értesíteni fogjuk olvasóinkat; most csak azt említjük még meg, hogy szerző ígérete szerint körülbelül két év alatt készül el teljesen a munka.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A kéz desinfectiojára irányuló sok kísérletnek eddig az az eredménye, hogy némely eljárással és módszerrel sikerül a kéz sima felszínét csiramentessé tenni. Ez a csiramentesség azonban nem tart soká. A kéznek és az ujjaknak mozgása következtében, főleg ha a műtét meleg helyiségben történt, a bőr mélyében volt bakteriumok a felszínre kerülve, csakhamar megszüntetik a kéz abszolút sterilitását. Mikulicz, König és mások szerint minél tovább tart az operatio, annál erősebb lesz a kéz reinfecioja azon bakteriumok által, a melyek a mélyben ülve, az alkalmazott vegyi anyag hatásának nem voltak kitéve. Klemm azt állítja, hogy a később a felszínre kerülő bakteriumok közül csak néhány székel az izzadság- és a faggyúmirigyekben, legnagyobb részük pedig a szarúsejtek hasadékaiban és hézagaiban. Vogel ezt nem tartja

valószínűnek. Szerinte a reinfectio sokkal gyorsabban, és sokkal hamarabb történik, semmint valószínű volna, hogy a műtétnek voltaképpen nem energikus mozgásai hoznák felszínre azt a sok bakteriumot, a mit az erélyes kefézés nem volt képes eltávolítani. Szerinte valószínűbb az, hogy a mirigykiválasztás erősebb árama hajtja ki a mirigymentekben és csövekben székelő nagyszámú bakteriumot. A bonni szent János-kórház sebész osztályán, hol *Vogel* alkalmazva van, mintegy két éve alkalmazzák chronikus izületi bántalmaknál a *Bier*-féle forrólégszekerényeket. Egy ilyen javított szekrényt önmagán kipróbálva, *Vogel*-nek főleg az erősen fokozott izzadás tűnt fel. Ezen észleletét összevetve ama fentebb említett felfogásával, hogy a reinfectiót főleg a mirigyek erősebb secretioja létesíti, arra a gondolatra jött, hogy felhasználja a *Bier*-féle szekrényt a kézdesinfectio céljaira. A cél, a mit ezzel elérni akart, kettős volt. A szokott módon desinfectált kezét ugyanis ily *Bier*-féle szekrénybe téve, a mélyben lévő bakteriumok a felszínre kerülnek, s így mértékünk van arra, hogy mennyi bakteriumot nem semmisített meg eljárásunk, illetőleg hogy mennyit ér az. Másfelől a mirigy váladéka által a felszínre hozott bakteriumokat most már egy újabb kézdesinfectio sikeresen el fogja pusztítani. Kísérleteit először saját kezén végezte, nehogy a kísérletek egyöntetűsége azáltal veszíthessen, hogy különböző egyének keze különböző sajátosságú, s hogy a hány egyén, voltaképpen annyiféle gondossággal mossa meg a kezét. Két kísérlet között mindig egy heti pausát tartott, minthogy különféle módszerek értékének összehasonlításánál az összehasonlítás kétségkívül az utoljára kipróbált módszer javára dőlne el paus nélkül, mert a kéz a mélyben relative tiszta volna az előző kiizzasztás után. Ezzel a cautelával élve, *Vogel* főleg a *Mikulicz*-féle szappan-spiritusos mosás, és a *Fürbringer*-féle forróvíz-alkohol-sublimat-mosás értékét, illetőleg mélybehatását vizsgálta meg. Kísérleteinek bouillonba oltásokkal elbírált eredménye az volt, hogy a *Mikulicz* módszerével többnyire sikerül a kéz felszínét sterilizálni, a mélybe azonban alig hat. Ezzel szemben a *Fürbringer* eljárása a kéz felszínét mindig feltétlenül sterilizálja, a mélyben ülő bakteriumok virulentiáját és számát pedig erősen lefokozza. Sőt az is kiderült, hogy az alkohol és sublimat kombinált alkalmazása a *Fürbringer* módja szerint sokkal nagyobb eredménnyel jár, mint akár a sublimatnak, akár az alkoholnak magában való alkalmazása. Az izzasztó módszer tehát kétségtelenül alkalmas valamely eljárás értékének elbírálására, ha pedig valamely oknál fogva különös sterilításra törekszünk, annak elérésére hatalmas segéd-eszközzel fog szolgálni az, ha az első mosás után kiizzasztva kezünket, megismételjük akár a *Mikulicz*, akár a *Fürbringer* eljárását. (Deutsche med. Wochenschrift, 1905, 30. sz.)

Marikovszky.

Belgyógyászat.

A diabetes mellitus gyógykezeléséről tartott klinikai előadásában hangsúlyozza *Naunyn* a diabetikus családból származó és hízásra hajlamos egyéneknek prophylactice a szénhydratoknak igen mérsékelt élvezetét és egyáltalán a táplálkozásban való nagyfokú mértékletességet. Kifejezett diabetesben első feladat a tolerantiának megállapítása a pontosan ismert szénhydrattartalmú diéta és a kiűritett cukor mennyiségének meghatározása útján. A gyógykezelés feladata a beteg tolerantiáját fokozni lehetőleg annyira, hogy teljesen elegendő táplálék felvétele mellett a vizeletben cukor ne legyen kimutatható vagy csak időnként és csekély mennyiségben. Rendkívül fontos körülmény ez, mivel már 1%-on felül a cukorvizelet az idők folyamán fokozódni, a tolerancia csökkenni szokott. A tolerancia fokozását pedig a cukoranyagcsere kimélése mellett kell elérnünk, és épen azért nem is a muló hatású gyógyszerek, hanem a diéta útján. Mindenekelőtt pontosan megállapítandó a naponként felvett táplálék mennyisége, mely lehetőleg a polgári háztartás konyhájából veendő, azaz egyszerű, ne mesterkélten legyen. Állhat tehát sült húsból, füstölt húsból, sonkából, kolbászból, szalonnából, tojásból, sajtból, vajból, zsírból, főzelékből, gyümölcsből, tejből, tejfölből, kávéból, teából és borból. Kell, hogy a beteg táplálékában elegendő energiát vegyen fel — mintegy 2500-t 65—70 kiló testsúly mellett —, de nem túlsokat, mely rendszabály igen

szigorúan betartandó. 400 gm. sült hús, három tojás, 400 gm. főzelék és saláta, 80 gm. vaj, 100 gm. kenyér, 80 gm. sajt, 300 gm. tej, 100 gm. tejfel, 100 gm. málna vagy áfonya, 1/2 liter bor vagy 50—80 gm. cognac teljesen elegendő, még ha a beteg esetleg naponta 100 gm. cukrot ürít is, melynek caloriatartalma persze a táplálék caloriatartalmából levonandó. Ha ily módon esetleg a táplálék caloriaértéke 2500 alatt volna, a hiányt lehetőleg zsírral és ne hússal pótoljuk. Külön állapítandó meg mindenesetre a szénhydrategyenleg. A szénhydratfelvonást a kenyéren, tésztán kezdjük, ha a beteg még nem cukormentes, elvonjuk a tejet és csak igen csekély mennyiségű kenyeret engedünk meg, 20—30 gm.-ot, melyre a betegnek a vaj felkenése céljából is szüksége van. Épen azért szénhydratszegény kenyérféléknek — alcuronatkenyér —, valamint nagy felületű kenyérféléknek — zsemlyeszeletek — a használata igen ajánlatos. Szükség esetén egészen elvonjuk a kenyeret, majd a húsadagot is 300, illetve 200 gm.-ra szorítjuk. Néha igen jó hatású egy böjtnapnak közbeiktatása csekély mennyiségű tea és leves mellett, a tolerantiát ez néha igazán örömdetes módon fokozza. Ha a beteg cukormentessé lett, maradjon legalább 14 napig azon diéta mellett, melylyel ezt elértük, csak ezután szoktatjuk lassanként több szénhydrathoz.

Ötven, majd 100 gm. mal több tejet engedélyezünk egy napra, ha elértük az 500 gm.-ot, 300 gm. tej helyett 20 gm. kenyeret adunk és újból fokozzuk naponta a tej adagját, majd a kenyerét. Elérkezve a tolerancia határához, melyen felül minden szénhydratfelvétel cukorkiűritést von maga után, a kúrát befejezettnak tekintjük, úgy hogy a beteg a legutolsó diéta mellett marad. Ilyen eljárás mellett, mely átlag két hónapig tart, a betegnek jól kell éreznie magát, testsúlyban gyarapodnia kell. Kivihető e gyógy mód otthon is, sokkal könnyebben valamely fürdőhelyen (Karlsbad, Neuenahr), a hol a kedélynyugalom és azon körülmény, hogy a beteg minden idejét egészségének szentelheti, nagy jelentőséggel bírnak. A gyógy mód befejezte után nyolcznaponként, fél év után pedig négyhetenként vizsgáltatja meg a beteg 24 órai vizeletét.

Ha újból cukor jelentkeznék a kiűritett vizeletben, vagy a csak javultnál a cukor mennyisége fokozódna, igen hatásos egy-egy böjt nap közbeiktatása, és csak ha ez nem segít, akkor kezdjük esetleg újból a megszorítást, illetve elvonást.

A diabetikus életmódjára vonatkozólag fontos a kedélynyugalom. Mindig tudni kell, hogy a különböző tápszerekből mennyit eszik; kifejezett elv legyen a táplálkozásban való határozott mértékletesség. Jellege a diabetikus konyhának a cukor, a keményítő hiánya, a hiánynak pótolása zsírral és ne hússal, a mennyiben a diabetikus tulajdonképeni tápszerének a zsír kell hogy tekintessék. Vegyük mindig figyelembe a coma lehetőségét, azért gyakran vizsgáljunk *Gerhardt*-féle reactionra.

A diabetikusnál néha használt különleges gyógy módok közül (szilva-, tej-, vegetarianus, burgonyazab gyógy mód) egyik sem válik be teljes mértékben. Alapjuk minden esetben erélyes fehérjeelvonás, esetleg hiányos táplálkozás. (Deutsche med. Wochenschrift, 1905. 25. szám) K. G.

Húgysav állandó jelenléte normális emberek bélsarában; ennek eredete és mennyisége. Az anyagforgalmi betegségek megértésénél fontos az alloxurtesteknek a szervezetben való átalakulása s ezek között e testeknek a belekben való viselkedése; újabb vizsgálatok ugyanis a köszvény keletkezésében pathogenetikus momentumként különösen a belek nyirokrendszerének fokozott felszívóképességét emelik ki. *Galdi* és *Appiani* normális emberek bélsarának húgysavtartalmát vizsgálták a paduai klinikai laboratóriumban. A húgysavat a *Ludwig-Salkowsky*-féle eljárással vizsgálták, a bélsár húgysavmennyisége 13.62—49.56 mgm. közt ingadozott, középértékben 23.63 milligramm volt. Feltűnő volt, hogy két leukaemiás egyénnél a normálshoz viszonyítva az ingadozás majdnem ugyanaz volt. Eredményeik a következők:

1. Húgysav felnöttek bélsarában mindig van, tekintet nélkül a bélsár súlyára és mennyiségére. A húgysav nitrogénjének és az összes nitrogénnek viszonya a vizeletben levő viszony felét teszi.
2. A bélben előforduló összes húgysav, mely tehát vagy a

bélben képződik vagy ott választatik ki, különböző eredetű; valószínűen a mucosa epithelsejtjein kívül a mucosa és submucosa szövetközi nyiroksejtjeiből származik. Egy kis része a keringő vérből a felvett táplálék nucleinanyagaiból is előállhat és bizonyos mennyiségben azon nagy mirigyek váladékában is előfordul, melyek váladékukat a belekbe ürítik.

3. Belsőben található húgysavként kell azon húgysav-mennyiséget is tekinteni, mely bomlás folytán beállott szétesés vagy a valószínű újraképződés folytán eltűnt.

4. Az a maradék, melyet a belseiben találunk, úgy látszik nem tisztán mint húgysav, hanem egy része nucleinokhoz és xanthintestekhez kötve választatott ki.

5. Ember és emlős állatok epéjében a húgysav a normális alkatrészek közé tartozik. (Il polielinico. 1905.) K. G.

A diabetes mellitus gyógytanának haladásáról tartott előadást Luthje tanár az „Erlanger ärztlicher Bezirksverein” egyik utóbbi ülésén. Abból indult ki, hogy az utóbbi évek tapasztalatai egész határozottsággal annak a felvételére kényszerítettek, hogy a diabetes tulajdonképeni oka valamely ferment-hatás vagy ferment-hatások hiányában keresendő. A feladat tehát az volna, hogy azokat a fermenteket, a melyek a cukor elégségeshez szükségesek, megkeressük. Egyelőre azonban még messze vagyunk ezen feladat megoldásától, úgy hogy a diabetes mellitus terapiája ez idő szerint is csak hygienés és diéta. A diéta eljárás alapelveit előadó a következőkben foglalja össze: A táplálék caloria-értéke az energetika általánosan érvényes törvényeinek értelmében állapítandó meg. A zsírnak túlnyomó mennyiségben kell jelen lennie. A fehérje mennyisége ne legyen több, mint a mennyi 500 gramm főtt húsból foglaltatik, másrészt azonban ne is legyen kevesebb, mint a mennyi a nitrogen-egyensúly megmaradásához szükséges. A szénhidrátok mennyisége az egyes esetek toleranciájának megfelelően változó.

A fehérje minőségét illetőleg több dolgot jelent meg az utóbbi időben, a melyek eredményeképpen általában az derült ki, hogy a fehérjék minősége tekintetében nem kell különbséget tennünk; csak a nagyon sok tojássárgája kerülendő, mert valószínűleg nagy lecithin-tartalma miatt a cukorképződést s cukorkiválasztást fokozza.

Azon vitás kérdésben, vajon nem kell-e a zsírfogyasztást mérsékelni, mert a zsírsavakból acetonek származhatnak, teljesen Magnus-Levy álláspontját foglalja el: „A mennyire eddig tudjuk, a vajban foglalt alacsony zsírsavak ártalmasak, mert úgy látszik, könnyen válnak oxysavvá. Mennyiségük azonban a vajban nagyon csekély; a tej zsírájának legfeljebb 2%-a vajsav és alacsony zsírsav. Egyébként a szervezet nem a táplálékkal bevitt zsír mennyiségével arányos mennyiségben termeli az oxysavat. Valamint a szervezet sok oxigen bevétele esetén nem használ el több oxigént, ép úgy nem képez több oxysavat sem csak azért, mert több zsírt nyújtottunk; még ha teljesen meg is vonjuk a zsírt, akkor is termel oxysavat a saját zsírából.”

Ismeretes, hogy Noorden szerint némely diabeteses zabliszt aequivalens mennyiségeit sokkal jobban tudja értékesíteni, mint más fajta szénhidrátot. Ezt az eredményt azóta mások vizsgálatai is megerősítették. Még nem egészen világos, hogy milyen módon magyarázandó ezen sajátosságos tény. De még akkor is, ha azoknak volna igazuk, a kik szerint a zabkeményítő rosszabbul szívódik fel és a bélben nagyobb mérvű erjedésszerű folyamatoknak van alávetve, mint más keményítő: jó szolgálatokat tehet a zabliszt. Mert ismeretes, hogy mennyire megkívánja a legtöbb diabeteses a szénhidrátokat; ha tehát időnként a zablisztet káros következmény nélkül adhatjuk nekik, úgy mindenesetre legalább is csökkentjük subjectív kínos állapotukat, ha táplálkozásukat ezzel direkte nem is javítjuk.

Ezzel kapcsolatban megemlíti előadó, hogy sok esetben a kenyér segítségével megállapított assimilációs küszöbön túl más szénhidrátokat még eltűr a szervezet, a nélkül, hogy cukor jelenék meg a vizeletben. Ha például 80 gramm kenyér megévése után a vizelet még cukormentes, 90 gramm elfogyasztása után azonban már cukor jelenik meg: a vizelet cukormentes maradhat, ha a 80 gramm kenyér mellett még 20–40 gramm burgonyát

vagy 20 gramm zablisztet és 200 cm³ tejet adunk. Minden diabeteses számára tehát tulajdonképen a szénhidrátok azon kombinációját kellene megállapítani, a mely kombinációban a legtöbb szénhidrátot vihetjük a szervezetbe a vizeletben cukor megjelenése nélkül. Érdekes előadónak az a tapasztalata is, hogy azok az esetek, a melyekben például 40 gramm kenyér elfogyasztása után cukor nyomok vannak a vizeletben és 100, sőt 200 gramm elfogyasztása után is csak nyomokban mutatható ki a cukor, épséggel nem olyan ritkák, mint azt általában fel veszik.

Ezután áttér előadó Arnheim azon érdekes tapasztalatának fejtegetésére, mely szerint diabetesben a végbélben át adott cukor nemcsak hogy nem növeli a cukorkiválasztást, hanem sok esetben esökkenti. Ezen kísérleteket mások is (Orlowsky, Bingel) megismételték és hasonló eredményekre jutottak. Kielégítő magyarázatát adni ennek a ténynek ez idő szerint nem lehetséges; az a felvétel, hogy a cukor a végbélben bakteriumok behatása következtében jórészt clerjed s azért csak nagyon kevés szívódhatik fel, az ez irányban végzett kísérletek eredményei szerint nem állhat meg. Arra nézve is végeztek vizsgálatokat, hogy talán a végbél nyákhártyája termel bizonyos fermenteket, a melyek a végbélbe vitt cukrot elerjesztik; ezek a vizsgálatok is negatív eredménnyel végződtek.

Miután még felemlíti kutyákon és embereken végzett kísérleteit a környező levegő befolyásáról a diabeteses szervezet toleranciájára szénhidrátokkal szemben, a mely kísérletekről néhány hét előtt már tudósítottunk volt olvasóinkat: O. Baumgarten érdekes kísérleteinek rövid ismertetésével fejezi be tanulságos előadását. Ezen kísérletek szerint a diabeteses szervezet a cukor oxydatiós termékeinek egy egész sorát tudja értékesíteni, így a d-glukonsavat, a cukorsavat, a nyálkasavat stb. Közfelfogva tehát a gondolat, hogy az ilyen oxydatiós termékekkel tegyük diabetesben kísérleteket. Reményt kelthetnek e tekintetben L. Schwarz eredményei, a melyek szerint szénhidratsavak, főleg glukonsav használata után az acetecetsav kiválasztása csökkent. (Medizinische Klinik, 1905, 35. szám.)

Idegkórtan.

A zenei képesség elveszése aphasiában Pick közleménye szerint nem mindig a maga egészében történik, e képességnek néha csak egyes alkotórészei tűnnek el vagy maradnak meg. Pick vizsgálataiban tekintettel volt a zene alkotórészeire, a hang magasságára, a dallamra, a hang erejére, színezetére (timbre), a rhythmusra, az érzésszerű kifejezésre, azonkívül a beszédben a hangsúlyra úgy a többtagú szavakban, mint a szavak sorozatában. E tanulmányra az irodalomból nem sok közlemény volt felhasználható, mert nagyrészt teljes volt az amusia, vagy ha nem is volt teljes, a szerzők a részletjelenségeket nem kutatták.

Lichtheim egy betegének dallam és rhythmus iránt vesztett el minden érzéke. Oppenheim betegé a dallamot véti el, Edgren-é pedig azon panaszkodott, hogy a dallamot nem érti meg, a rhythmus-érzék csak később ment veszendőbe. Pick kitűnő képességű erdei-kürtfuvója bonezolással igazolt agyatrophiában szenvedett, beszéd- és íráshibákat követett el és zongorakisérlet mellett hangszerével egy hanggal mélyebben fűjt, a nélkül, hogy azt észrevette volna. Kérdéses, hogy idetartozik-e, a mikor az agysérülésben szenvedő beteg barytonhangja tenorrrá változott át. Touche betegé lassan, skandálva és halkán beszélt, a bonezolás a középponti tekervény alsó részében lágyulási gócot talált.

Bővebb adatok állanak rendelkezésre a rhythmusérzésre vonatkozólag. Mach szerint ezen érzék a hallástól független a mely nézetét arra alapítja, hogy egy süketnéma tanító a zenét szerette, az benne bizonyos rezgéseket keltett, melyek rhythmusát érezte és az egyes darabokat ezen rhythmus révén meg tudta különböztetni egymástól. Ez megmagyarázza azt, hogy az amusiában többnyire ép maradt a rhythmus-, illetve ütemérzés, ha a szerzők arra figyelemmel voltak. Ezzel ellenkező közlés az ütem érzésének elveszésével kevés van (Sérier, Würtsen), közöttük legérdekesebb Knauer-é, mert itt az ütemet és dallamot a beteg felfogni nem tudta (érző pálya), a mozgató pályán pedig hiányzott az érzésszerű kifejezés, de az ütemérzés megmaradt. A részleges kiesés szép

példáját találjuk *Bernhardt* közleményében, a kinek betege nem ismerte fel a dallamot, de a hang magassági változatait igen és ezt azzal fejezte ki, hogy a hang „először magas volt, azután mély, azután újból magas”.

Ezen vizsgálatok az aphasia tanára is fontosak, mert felkelti figyelmünket a beszédben nyilvánuló hangsúlyra, zengzetes-ségre és rhythmusra. Ez megvan a közönséges beszédben is és igen feltűnő valamely vers felolvasásakor, a mikor a beszéd dallama kevésbé tér el, ha más-más egyén olvassa.

Brissaud volt az első, a ki a beszéd ezen tulajdonságát az aphasiában kereste és a hangsúlybeli hibát *aphasie d'intonation* néven jelölte, a mikor a hiba a mozgató körben volt. Ezzel szemben *Bonnier* *surdité d'intonation*-ról beszélt, mikor ugyancz a hiba az érző körben állott fenn. Ebben a tekintetben *Pick*-nek is vannak tapasztalatai. A mikor az aphasiás beteg beszéde már a javulás útján van, sokszor eleinte minden hangsúlyozás nélkül ismétli az előtte elmondott kérdést és csak később alkalmazza azt a hangsúlyt, melylyel feltették. A hangsúlybeli különbség felismerésén alapszik, hogy *Bernhardt* szósüket betege észreveszi, hogy idegen nyelven beszélnek előtte, ha francia vagy angol beszédet hall. *Pick* egy betege, bár nem értette meg a hozzá intézett kérdéseket, a cseh kérdésre cseh, a német kérdésre német szavakkal felelt, tehát az egyes szavakat nem értette, de felismerte, hogy német vagy cseh nyelven szölk-e hozzá. *Wolf* egy betege a német szótagyvalékra nem szölk, az idegen nyelvű beszédre azt mondta, hogy „ezt nem értem”, pedig egyiket sem értette, csak annyit ismert meg, hogy idegen nyelven szölk hozzá. *Pick* ugyancsak a hangsúly felismerésének tulajdonítja, hogy egy érző aphasiában szenvedő betege, a ki különféle egymást követő felszólítások közül egyet sem értett meg, mégis, ha egy felszólítást másodszor ismételték előtte, azt mondta: „das haben wir schon gehabt.” Érdekes az egyéni hangsúly szempontjából, hogy egy esetben az érző aphasia utolsó maradéka az volt, hogy a beteg az ismerősöket beszédükről nem ismerte meg. Ugyancsak a hangsúlynak tulajdonítja *Bernhardt*, hogy némely szó-süket saját nevét „à la simple resonance” megérti. *Pick* egy betege helyes hangsúlyozással beszélt, de az érző körben e képesség elveszett, a beteg a fenyegető hangú megszólítást csak akkor ismerte fel olyannak, ha megfelelő arcjáték kísérte. Egy másik beteg egyes mondatokat jelentőségüknek meg nem felelő effectussal mondott. Egy teljes aphasiában szenvedő beteg eleinte csak egy szótagot ismételt modulatio nélkül, később egynéhány érthetetlen szótagot ismételt élénk modulatioval.

Déjerine azt találta, és e nézetét *Dupré* megerősítette, hogy az intonatio leginkább a tiszta mozgató aphasiában marad meg, kéreg alatti vagy kis terjedelmű kérgi sérülésekben. *Pick* azonban az egész *Broca*-féle terület elpusztulása után is hallott értelmetlen szóval értelmesnek látszó hanghordozást.

A beszéd erejének, illetőleg a hang intenzitásának zavara is előfordul az aphasiában, *Pick* egyik betege állandóan kiabálva beszélt.

Mindezen jelenségek ismerete az aphasia kezelésében igen hasznos szolgálatot tehet. (*Monatsschrift f. Psych. und Neurol.* 1905. július.)

Kollarits Jenő.

Sebészet.

A prostatectomia képezte vita tárgyát a londoni orvostársaság május 8-i ülésén. *R. Harrison* nyitotta meg a discussiót. A prostatectomia indicatioi szerinte akkor állanak elő, ha a katheter használata nehézségekbe ütközik, vagy ha ennek használata daczára fájdalom, gyakori és kielégíthetetlen vizeleti inger, az álm folytonos megzavarása, nyugtalanság, vérzés áll fenn, súlyos cystitis van keletkezésben, a hólyagban kövek képződnek s lithotripsia daczára recidiválnak. A methodusra nézve különösen a perinealis prostatectomiánál gyakran jelentkező incontinentiára való tekintettel a suprapubikus prostatectomia híve, melynek az az előnye is van, hogy néha nem is sejtett kövek jelenlétéről ad felvilágosítást.

A totalis prostatectomiának előnyt ad a partiális felett, mert a műtét súlyosságán nem változtat s a gyógyulást jobban biztosítja; a mortalitást a suprapubikus prostatectomiánál 10%-ra

becsüli. *Bruce Clarke, Herring, Wallace, Thomson, Walker* szintén a suprapubikus prostatectomiának adnak előnyt, az utóbbi szerint a perinealis prostatectomia csak akkor vihető ki, ha a prostata kicsiny s a gát vastagsága és mélysége csekély. *Spencer Pardoe* különösen malignus álképleteknél, kis kemény prostatáknál feltétlenül a perinealis utat ajánlja s ép így vélekedik *Freyer* is, ki különben, ha a prostatának megnagyobbodása csak valamikép is kimutatható, a suprapubikus behatolást választja. S míg régebbi 110 ilyen műtéténél 10% operatív vesztesége volt, addig az utóbbi időben végzett 85 suprapubikus prostatectomiánál csak 5.5% volt a mortalitás, a mit az eljárás és utókezelés tökéletesedésének s a műtét gyorsabb végrehajtásának tud be. (*The Lancet*, 1905. 4263. sz.)

Pólya.

Hashajtólabdacok okozta peritonitist látott *Staple*. Egy 32 éves nő, kinek néhány napja nem volt széke, előbb négy, majd a következő nap hét *Beecham*-féle hashajtópillulát vett be, a mit a londoni olcsó újságok nagyban hirdetnek. Súlyos diarrhoeát kapott, négy nap múlva peritonitis tünetei jelentkeztek s nyolcz nappal a pillulák bevétele után meghalt. A sectio kiterjedt enteritist, a bél összes rétegeire kiterjedő súlyos gyuladást és diffúz peritonitist állapított meg. (*The Lancet*, 1905. 4267. sz.)

Pólya.

A gyors és exakt sebészi varrás könnyítésére *O. Bernhard* (Samaden) segédeszközt szerkesztett, melynek fele Péan és ennek rögzítő készülékével bir, fele pedig golyófogó; az eszköz vége t. i. egymást fedő két hegyes kampóba fut ki. Varratok alkalmával *Bernhardt* ezen ú. n. sebszorítóval 2½–4 cm. távolságban előre egymáshoz illeszti a sebszéleket, mire gyorsan és ideális módon végezheti akár csomós, akár tovalaladó módon varratát, minden segédkezés nélkül. A varrás befejeztével sebszorítóit eltávolítja. *Bernhardt* nagy hasznát látta eszközének mély varratoknál is, mint például a sérvek fascia-varratánál, peritonealis varratoknál, gynaekologiai műtétei közül kolporrhaphiáknál stb. Alkalmazza azonkívül a hasi seb felemelésére, törlok fixálására, az uterus felemelésére stb., szóval oly sokféleképp, hogy műteteinél ezen eszköze szinte már nélkülözhetlen. Eszközét *Hanhart* és *Tarsa*, zürichi műszerészek gyártják. (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1905. 26. szám.)

Gergő.

A baloldalt jelentkező gyomorfájdalmak jelentőségével *Riedel* (Jena) igen tanulságosan foglalkozik. A középvonalban jelentkező gyomorfájdalmak igen gyakran reflectoriusak, például appendicitis, hernia lineae albae, a colon transversum ulcusai stb. nyomán; ritkán okozza őket az antrum pylori táján üllő ulcus. Jobboldalt lép fel a gyomorfájdalom heveny cholecystitis mellett, avagy az epehólyag összenövésakor a májjal, duodenummal, pylorus-sal, továbbá jobboldali vándorvese, duodenalis fekély és végezetül ulcus pylori eseteiben. A baloldali gyomorfájdalmak *Riedel* szerint ritkán reflectoriusak; jellemzőknek tartja a gyomor középső segmentumának fekélyesedéseit és utal a korai diagnosis fontosságára. Ha ezen gyomorfájdalmak mind kifejezettebben balfelé vonulnak, *Riedel* erősen gyanakszik a gyomor középső részében fejlődött gyomorfekély valamely complicatiojára; esetleg a serosa összenövésére szomszédos szervekkel és a gyomornak következőes vongáltatására balfelé, avagy készülő perforatoria, képződő homokóragyomorra stb., úgy hogy ezen utóbbi symptoma mellett, a midőn többheti nyugalom és megfelelő diatais eljárás is hatástalan, *Riedel* a nevezett complicatiók meggátolására a műtétet ajánlja. Az operatív eljárás a fekély kimetszéséből és gyomor-varratból áll, esetleg több fekély mellett partialis gyomorresectióból. Tanulságos kórtörténetek egészítik ki *Riedel* cikkét. (*München mediz. Wochenschrift*, 1905. 17. szám.)

Gergő.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Maretinnal, a melyet nemrég *Sobernheim* ajánlott polyarthrititis rheumatica ellen, *Ulrich* is jó eredményeket ért el olyan ízületi csúsz-esetekben, a melyekben az aspirin teljesen hatástalan maradt. Az adagolás-módot illetőleg az ajánlja, hogy kezdetben csak 0.25 grammos adagokat adjunk s csak ha ezek nem bizonyulnak elég hatásosoknak, emelkedjünk 0.3–0.5 grammos adagokig. (*Die Heilkunde*, 1905. 5. szám.)

Lumbago eseteiben nagyon jó eredményeket ért el *Klein-Kojetein* mesotannal. A mesotant oleum olivarium egyforma mennyiségével elegyítve naponként háromszor ecseteltette be; egy beecseteléshez körülbelül 3 grammot használt el. (*Neue Therapie*, 1905. 4. füzet.)

Fagyásdaganat ellen *Joseph* az epicarint ajánlja összetételben: Rp. Epicarini 3'0; Sapon. virid. 0'5; Ungu. caseini ad 30'0. (*Dermatologisches Centralblatt*, 1905. 6. szám.)

Magyar orvosi irodalom.¹

Magyar orvosi archívum, 1905. 4. füzet. *Vermes Lajos*: Kisérleti chinin-amaurosis. *Flesch Armin* és *Schossberger Sándor*: A neutrophil-vérkép elváltozásai fertőző betegségeknél. *Hári Pál* és *Rhorer László*: Az oldatok elméletének alkalmazása az ásványvizek élettani és gyógyító hatásának értelmezésére. Pótfüzet. *Konrád Jenő*: A Magyarországon élő népfajok koponyaalkati viszonyai, tekintettel az elmekórtani jelentőségre.

Gyógyászat, 1905. 33. szám *Ferenczi Sándor*: A korai arteriosclerosisról. *Halász Henrik*: A fülzúgásról.

Orvosok lapja, 1905. 33. szám. *Gyömörey Oszkár*: Az individualizáló gyógyeljárások élettani alapelvei.

Budapesti orvosi újság, 1905. 33. szám. *Torday Árpád*: A disznóról. *Minich Károly*: A szénélegmégkezelésnél felmerülő törvényszerű orvosi kérdésekről. „Füld- és vízgyógyászat” melléklet. *Strasser Alajos*: A fertőző bántalmak vizsgyógykezelése. *Hankó Vilmos*: Adatok a budapesti meleg és hideg ásványos források kémiai viszonyainak ismeretéhez.

Hetiszemle és vegyések.

Budapest, 1905. augusztus 18.

— **Kitüntetés.** A király *Imre József* dr.-nak, a hódmezővásárhelyi szemkórház főorvosának a királyi tanácsosi címet adományozta.

⊕ **Kinevezés.** *Schaffer Samu* dr. mezőkövácsházai körorvost tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki Csanádmegye főispánja. — A belügy-minister *Filtsch Frigyes* dr.-t a nagyszombati állami elmegyógyintézethez másodorvossá nevezte ki.

+ **Szántó Manó** dr. lakását VII., Kertész-utca 43. szám alá helyezte át.

† **Elhunyt.** *Christopher Heath* a londoni „University college hospital” volt sebésztanára, e hó 8.-án 70 éves korában. — *Schön Leó* dr., Szepesváralja tisztiórvosa, tiszteletbeli megyei főorvos életének 78., orvosi működésének 51. évében.

× **Visszautasított kitüntetés.** *P. DeFranceschi* dr. rudolfovi főorvos a neki adományozott koronás arany érdemkeresztet visszautasította. A visszautasítás oka állítólag az, hogy míg a VIII. rangosztályba tartozó jogászoknak a Ferencz József-rendjelt szokták adni, addig az ugyanazon rangosztályba sorolt orvosoknak csak a koronás arany érdemkeresztet, a mi az orvosi rendre nézve lealázó.

♀ **Az I. nemzetközi physiotherapiai congressust** e hó 12.-én nyitotta meg *Winicarter*, a liège-i egyetem sebészet-tanára. Magyar részről tiszteletbeli elnöknek *Donáth Gyula* dr.-t választották meg. Orvosaink közül *Kuthy Dezső* és *Reich Miklós* jelentettek be előadást. A congressus tárgyalásairól bővebben fogjuk értesíteni olvasóinkat.

± **Kisebb hírek külföldről.** *Wernicke* tanár utódjává *Anton* gráci tanárt hívták meg. — *Sudhoff* dr.-t a leipzigi egyetemen az orvostörténelem rendkívüli tanárává nevezték ki. — *Möller* tanár, a belzigi tüdőbeteg-sanatorium igazgatója, állásáról lemondott; utóda *Landgraf* dr., a berka-i sanatorium orvosa lesz. — *E. Neusser* udvari tanácsos, bécsi egyetemi tanár az osztrák nemességet kapta. — *Bumm* berlini egyetemi tanár automobil-újta alkalmával közelebből még meg nem állapított súlyos sérüléseket szenvedett. — *W. Müller*, a kórbonecztan tanára a jeni egyetemen, e hó 9.-én érte meg orvosdoctorrá felavatásának 50. évfordulóját.

+ **Magyar fürdők látogatottsága.** *Tátrafüred* (VIII. 8.) 2363; *Ujtátrafüred* (VIII. 2.) 1417; *Tátra-Széplak* (VIII. 7.) 1089; *budai Erzsébet-sósfürdő* (VIII. 11.) 1560.

○ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** július hóban 752 esetben nyújtott első segélyt; a szállítások száma 540, a mozgó őrségké 64 volt, vaklármá esetén pedig 42-szer vonult ki. A július havi működési főösszeg tehát 1398-at tesz ki.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 30. hetében (1905. július 23.-tól, július 29.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Elveszületett 338 gyermek, elhalt 355 egyén, a szüle-

¹ Több helyről érkezett megkeresésre ezentúl állandóan közölni fogjuk a különböző magyar tudományos folyóiratokban megjelent orvosi értekezések címzeit.

tések tehát 60-al mutták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 24'1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 22'1, az egy éven felüli lakosságnál: 20'4, az öt éven felüli lakosságnál: 3'7. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 2, meningitis tuberculosa 3, apoplexia cerebri 2, convulsiones 3, paralysis progress. 6, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 0, morbi org. cordi. 5, morbi myocardii 3, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 5, alii m. org. circ. 0, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 0, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 4, pneumonia 5, pneumonia crouposa 0, tuberc. pulmonum 35, emphysema pulm. 0, pleuritis 1, alii m. org. resp. 1, morbi stomachi 1, enteritis 2 éven aluli 41, 2 éven felüli 2, cholera nostras 0, hernia incarcerata 0, alii ocel. intestini 0, peritonitis 2, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 1, alii m. org. dig. 0, nephritis 8, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 1, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 11, paedatrophia 1, marasmus senilis 1, carcinoma ventric. 4, carcinoma uteri 0, alia carcinomata 2, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 2, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 1, typhus abdominalis 2, variola, varicella 0, morbilli 0, morbilli pneumonia 2, scarlatina 1, pertussis 0, croup-diphth. 3, dipht. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 0, lues congenita 6, erysipelas 0, pyaemia, sepsis 1, alii morbi infect. 1, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 4, suicidium 4, homicidium 1, justificatio 0, casus viol. dubii 1. — **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi kórházakban. A múlt hét végén volt 3288 beteg, szaporodás 810, csökkenés 778, maradt e hét végén 3243 beteg. b) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tünteti fel): kanyaró 47 (93), vörheny 27 (56), ál. gége- és ronsoló toroklob 19 (14), hökhurut 30 (13), gyermekági láz 2 (1), hasi hagymáz 14 (7), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 9 (6), vérhas 3 (0), járv. agy-gerinczagykérő 0 (0), járv. fültőmirigylob 1 (0), trachoma 0 (0), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Fiatal orvos

a főváros környékén fix állást keres. Cím: a „Petőfi” Ujság, könyvkiadó és hirdetési vállalatnál. Budapest, VII. kerület, Kertész-utca 16. szám.

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” Ujjonnan épült magán-gyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére. **Budapest, VII., Városligeti fasor 9. szám.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi-telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79–72. Villamos vasút-összeköttetés. Kivánatra prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő gyógyfürdő, Buda.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások, massage, vizgyógyintézetek, szénsavfürdők, gőzfürdők, kő- és kád-fürdők, gyógyvíz-uszodák. Olcsó és gondos ellátás. Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő igazgatóság** a Budán.

Lipótvárosi vizgyógyintézet V., Báthory-utca 3. szám. Elsőrangú berendezés. **Forró lég-, sós-, szénsavas-, villamos kád- (Gärtner tr. szerint) és fényfürdők stb. Dr. Farkas Márton.**

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13–15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapest, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

FANGO — **GYÓGYINTÉZET.** Körüti fürdő (Erzsébet-körút 51.) Csúsz, köszvény, consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak ellen. Vezető orvos: **Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Első nemzetközi anatómiai congressus. (Genf, 1905. aug. 6.—10.) 599. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok ülésiből. 600. l.

Első nemzetközi anatómiai congressus.

(Genf, 1905. aug. 6.—10.-éig.)

A physiologia s több más orvosi tudomány példájára az anatómusok is nemzetközi egyesületet alkottak, mely ötvenként tartja gyűléseit. Saját, évenként üléselő anatómiai társasága már rövidebb-hosszabb ideje van a németeknek, franciáknak, angoloknak, olaszoknak és amerikaiaknak, de csak legutóbb merült fel az az eszme, hogy a különböző társulatok tagjait időnként egyesíteni kellene nagyobb, nemzetközi összejövetelben, hogy így alkalmuk legyen a különböző országok anatómusainak, histologusainak és embriologusainak személyesen is megismerkedni egymással, s tudományuk vitás kérdéseit eszmecsere és készítményeik kölcsönös bemutatása útján tisztázni.

Az eszme testet öltött s életrevalónak bizonyult; bátran mondhatjuk, hogy az első nemzetközi gyűlés igen jól sikerült. Helyül mintegy praedestinálva volt Svájc a maga nemzetközi jellegével, politikai neutralitásával, a mihez még az is járul, hogy az Alpeselek hona ilyenkor, nyár derekán, vonzóerővel bír mindenki számára. Igaz, hogy Genf maga meleg város hírében áll, a mely hír valóságáról csakugyan alkalmunk is volt a congressus alatt meggyőződni, de ott fekszik az Alpeselek lábánál, a Montblanc közelében s így a Genfben való pár napi tartózkodás igen jól beilleszthető egy svájci utazás keretébe.

Maga Genf tudományos intézetek s effélék dolgában — legalább a mi az orvosi tudományokat illeti — nem sokat nyújt. Az anatómia, szövettan és élettan egy közös épületben („Ecole de Médecine“) van elhelyezve, mely sem terjedeleme, sem felszerelési dolgában nem üti meg egészen a mértéket. Az anatómia tanára Laskowsky, egy lengyel emigrált, ki e tanszéket már 1872 óta tölti be. A holttestek conserválása és a bebalzsamozás körül vannak kiváló érdemei. Ő fedezte fel 1894-ben a glicerint conserváló hatását s tőle származik a carbol-glicerint-eljárás, a holttestek conserválásának ez a klasszikus módszere, a melyet mai nap csaknem mindenütt használnak. Mi is ezt alkalmazzuk a budapesti anatómiai intézetben. De ezzel ki is vannak merítve Laskowsky érdemei az anatómia terén. A szövettan tanára, Éternod, néhány jeles fejlődéstani munkával keltett figyelmet, kivált egy pár igen fiatal emberi embrio leírásával.

A genfi egyetem alapját már 1365-ben vetette meg IV. Károly császár, de orvosi tanszéket a schola genevensis csak 200 évvel később, 1567-ben nyert. Első betöltője ennek Simon Simonius volt, ki azonban tanszékét nem sokáig tarthatta meg, mert már tanárságának első évében az esett meg vele, hogy egy disputatio alkalmával ellenfelét, a theologia tanárát, Nicolo Balbianit leszamarazta, a mi miatt állását elvesztette és Genfet el kellett hagynia. Utódja a híres Bauhinus lett. Egyetemem a genfi „akademiát“ csak a múlt század második felében egészítették ki. Az egyetem ez idő szerint szervezetében teljesen a német typust mutatja, rendes, rendkívüli és magántanárokkal. A tanszékeket nem ritkán töltik be Németországból hívott erőkkel, így a kórbontozási tanszéket csak most foglalta el Askanazy, königsbergi rendkívüli tanár.

Genf a biológia és orvostudomány terén számos kiváló tudóst produkált az évszázadok során. A legjelesebbek egyike volt Servet Michel, a kis vércső felfedezője, ki tudvalevően Calvin türelmetlen vakbuzgóságának lett az áldozata, a mennyiben 1553. október 26.-án a máglyán végezte életét. Említendő még a következők: Bonet Théophile (1620—1689), a kórbontozás egyik megalapítója, Bonnet Charles (1720—1793), kitűnő zoologus és philosophus, a parthenogenesis felfedezője, Tremblay (1700—1784), ki a regeneratio körül végzett híres kísérleteket, Prévost és Dumas, úttörő búvárok a termékenyítés és különösen a barázdálódás körül, továbbá Claparède (1832—1871), kiváló embriologus és összehasonlító anatómus, de Saussure és de Candolle, nagy hírnév botanikusok, Vogt Károly (1817—1895), ki német születésű ember volt ugyan, de élete javarészt itt töltötte, s végül Fol Hermann (1845—1892), jeles embriologus és szövettanár. Ez utóbbinak tragikus sorsát nem hagyhatjuk említés nélkül. Mint egy dúsgazdag genfi patricius-család sarja, úri módon: a saját yachtján utazta be a tengereket, a melyek faunáját kutatta. Így történt, hogy 1892-ben, a Földközi-tenger spongya-faunáját tanulmányozandó, kutató útra indult hajóján. Március 13.-án hagyta el a le-havrei kikötőt s azóta senki hírére nem hallotta; nyilván hajóstul a tengerbe veszett. Fol mellszobrát az anatómiai congressus alatt s a congressus tagjainak részvételével leplezték le az egyetem központi épületében, a gyászba borult özvegy jelenlétében. A megható emlékünnepelezen francia részről Henneguy, német részről Waldeyer méltatta a szomorú véget ért genfi tudós érdemeit.

A congressuson körülbelül 250-en vettek részt. A főkontingens a franciák szolgáltatták. A németek között sok jeles anatómus hiányzott, a ki különben a német anatómiai congressusok rendes látogatója. Távol maradt — ezúttal először — a német anatómusok nestora, Kölliker is. Az agg tudós júniusban töltötte be 88. évét, s az idő kifog végül az ő törhetetlen látszó alakján, bámulatos szívósságán is. Meleghangú táviratban adta tudtára a congressus vezetőségének, hogy csak a korával járó phisikai gyengeség akadályozza meg abban, hogy a gyűlésre eljőjön. Táviratában annak a reményének adott kifejezést, hogy a congressus

működése eredményes lesz, s különösen, hogy tárgyalásaiban a neuron s ennek egy sejtéből való keletkezése győzni fog az ellenkező nézetekkel szemben.

A jelenlevők közt ott láttuk, mint a congressusnak kétségkívül legérdekesebb alakját, legnagyobb hírességét, Ramón y Cajalt. A nagy-hírű spanyol histologus az ötvenes évek elején levő zömök ember, a délvidékre jellemző barnás arczínű, mélységes fekete szemekkel s a közepén csúcsban végződő fekete körszakállal. Az egész ember csupa élet és mozgás; ha beszél, szinte érzé az ember, hogy szavainak áradata sem tud lépést tartani eszméinek bőségével és egymásra torlódásával. Minden szavából kiérezni, hogy egész lényé össze van forrva tudományával. Elég jól beszél francziául, de a kiejtése oly idegenszerű, hogy csak a felét lehet annak megérteni, a mit mond. Cajal igen szép készítményeken mutatta be a csigolyaközi dúczok sejtjeinek változatos és sajátos alakviszonyait, a melyekről sejtelmünk nem volt eddig, s a melyek csak az ő legújabb fibrillumfestő módszerével hozhatók napfényre.

Mielőtt a congressus tudományos eredményeire térnénk át, szólnunk még röviden azokról az ünnepélyességekről, a melyeket a congressus tiszteletére rendeztek. A genfi kollegák Bugnion lausannei tanárral egyetemben s a canton s a svájci kormány anyagi hozzájárulásával mindent elkövettek, hogy a tudományos tárgyalásokon túl fennmaradó órákat a congressus tagjaira nézve kellemessé tegyék. Már a congressus hivatalos kezdete előtt, a Rousseau-szigeten tartott ismerkedési estélyen alkalmunk volt erről meggyőződni. A congressus második napján, a Fol-szobor leleplezése után a congressus összes tagjait, hölgyekkel együtt, külön villamos tramway vitték ki Chongnyba, Genf közelébe, hol Fol özege nyári lakásból és gyönyörű parkból álló birtokán fényes garden partyt rendezett a congressus tiszteletére. Másnap, 9.-én, Éternod és Bugnion tanárok vendége volt a congressus. Délután fél 6-kor fellohagzózt és fellampionozott különhajó várta a társaságot a Quai du Mont-Blanc-on, egy szomorú emlékeztető hely közvetlen közelében. A három órák körüli bizonyára élénken bevésődött valamennyi résztvevő emlékeztető. Az idő rendkívül kedvezett a kirándulásnak, s a mi szinte ritkaságszámba megy, a Montblanc hófehér hegycsoportja eszményi tisztaságban bontakozott ki a szemhatáron. A kitűnő vacsora után a fiatalok táncra perdült. Közben besötétedett, a lampionokat meggyújtották. Midőn a hajó Genf közelébe ért, remek látvány tárult elénk: az idegenforgalmat emelő társaság a congressus tiszteletére gyönyörű kiállítását rendezte Genf rakodópartjainak és tornyainak. Végül a congressus utolsó estéjén, 10.-én, a város adott fényes bankettet a congressus tiszteletére szintén szépen dekorált nagy termében. A vacsorán eleitől kezdve kitűnő kedv uralkodott, mely még csak növekedett, mikor elhangzottak a valóban szebbnél szebb pohárköszöntők. A svájci szónokok után a congressus tagjai nevében Renant (Lyon), Bryce (Glasgow), Waldeyer (Berlin) és Romiti (Pisa) szólaltak fel, hogy megköszönjék azt a kiváló vendégzeretetet, melyben része volt a congressusnak a genfi hatóságok és kollegák részéről.

A congressusra rengeteg sok előadást: 120-at jelentettek be. Bár egy-egy előadásra csak öt percnyi idő volt kiszabva, eleve világos volt, hogy lehetetlenség ezt a sok előadást a rendelkezésre álló négy délelőtti alatt megtartani, számba véve még az előadásokhoz fűződő vitaközléseket is. Szerencsére a bejelentett előadások jó részét visszavonták; de még így sem lehetett valamennyit elvégezni: csak 51 előadó juthatott szóhoz. Ezeknek az előadásoknak is bizvást elmaradhatott volna a fele; a hallgatóság bizonyára szívesen lemondott volna mindazon előadások meghallgatásáról, a melyek nem érintettek fontosabb kérdéseket, általánosabb problémákat, hanem inkább csak egy-egy apró-cseprő részlet leírását, anatómiai változatok ismertetését tartalmazták.

Az idei congressuson tett tapasztalatok alapján határozatba ment, hogy a jövő congressuson egyáltalában nem lesznek előadások, hanem csak discussiók. A congressus elé kerülő dolgozatokat nyomtatásban osztják szét a résztvevők közt. A ki azt akarja, hogy közleménye vitaközlés alá kerüljön a congressuson, köteles kéziratát idejekorán beküldeni.

A következő ismertetésben a sok előadás közül csak egy párat ragadok ki, azokat, a melyek nézetem szerint leginkább méltók az általános érdeklődésre.

1. Élénk eszmecsere tárgya volt az alsó állkapocs morphologiai jelentősége. Az eddigi felfogás szerint az emlős állatok állkapocsa az alsóbb gerincesek dentaléjának felel meg, míg a kalapács az articularét, az üllő a quadratumot képviseli. E felfogás szerint az emlősök állkapocsi izülete új szerzemény, mert az alsóbb gerinceseken a rágásnál szereplő izület a quadratum és articularé közt van. Bardeleben (Jena) ezzel szemben kimutatni igyekezett előadásában, hogy az emlősök állkapocsa nem egységes csont, hanem hat különálló darabból tevődik össze (condyloid, coronoid, angularé, dentale, spleniale és mentale). Erre a felfogásra előadó összehasonlító anatómiai vizsgálatok alapján, továbbá a csontosodó pontok számának s az abnormitáskép előforduló varratoknak figyelembevételével jutott. A discussióban Wiedersheim és Gaupp Bardeleben nézetét megcáfolták; véleményük szerint az alsó állkapocs a maga egészében a dentalének felel meg, s a Bardeleben-től leirt külön részek sem nem állandóak, sem morphologiai jelentőséggel

nem bírnak s csak mint másodlagos feltagolódások fogandók fel, a mire az összehasonlító anatomia több példát nyújt.

2. A vörösvérsejteknek tudvalevően van egy fejlődési stadiumuk, a mikor magtartalmúak. Kérdés: mikép vesztik el a magjukat? Erre nézve már évtizedek óta két nézet áll egymással szemben. Az egyik szerint (Rindfleisch) a mag kilép a sejtéből, a másik szerint (Kölliker) felszívódik a sejt belsejében. Jolly (Páris) előadásában inkább az utóbbi nézethez csatlakozik, azzal a módosítással, hogy a mag nem esik szét, hanem mind kisebb lesz s végre eltűnik. Észlelhető ugyan néha a mag kilépése is, de ez csak szórványos lelet, mely nagyobb jelentőséggel nem bír. Weidenreich (Strassburg) szerint a fiatal vörösvérsejtek magja rendszeren szétesik; a töredékek legnagyobb része felszívódik, de egyik-másik mindig kiküszöböltetik. Askanazy (Genf) teljesen egyetért Jollyval; a mag piknotikus lesz, elhalványodik s végre teljesen felszívódik. A Rindfleisch-féle expulsiós nézet mellett csak van der Stricht (Gand) foglalt állást.

3. Keibel (Freiburg i. B.) egy pár érdekes adatot közölt igen fiatal emberi és majom-embryókról. Kimutatja, hogy az a behúzóda, a melyet His 6—12 szelvényes emberi embryók törzsökén, a sziktómió tapadásával szemben, leírt, s mely a His-féle modelleken is fel van tüntetve, műtermék. Olyan embryókon, a melyek nem abortusból származnak, hanem operációk alkalmával nyertek, e behúzóda hiányzik. A Jacobson-féle szerv, ez az érdekes rudimentum, a majmokon is csökevényes, sőt semnoprithecuson teljesen hiányzik. A ventralis pankreas-telep a majmokon is csak egyes számban van meg.

4. Berry (Edinburgh) a feregnyúlvány egyes viszonyaival foglalkozott, statisztikai vizsgálatok alapján. Tudvalevő dolog, hogy a feregnyúlványra jellemző a nyálkahártyájában levő sok nyiroktüsző (tonsilla proc. veriformis). Ezek a tüszők csak a születés után jelennek meg, az élet közepéig szaporodnak s azután mindinkább visszajelődnek, úgy hogy 70—80 éves emberen már nyomuk sincs meg. A feregnyúlvány obliterációját Berry kóros tümenynek tartja. *Lenhossék Mihály.*

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az álmatlanság és fájdalom kezeléséről. A British Medical Association legutóbb (július 24-én) tartott évgyűlésének belorvostani szakosztályában élénk eszmecsere folyt az álmatlanság gyógyítása felől *Sir Lauder Brunton* (London) előadása kapcsán. Előadó először az álom mivoltával és keletkezés módjával, valamint a rendes álom feltételeivel foglalkozik. Az álmatlanság kezelésében arra kell törekednünk, hogy megszüntessük ennek az okát, vagy ha ez nem lehetséges, jótékony hatást fejtünk ki az agyvelő idegsejtjeire és vérkeringésére.

Ajánlja a jódkáli gyenge adagjait masszálással kapcsolatban, a hideg lábfürdőt és a lábledörzsöléseket, ha az álmatlanság oka a lábak hidegsége; más esetekben meleg vagy langyos fürdőt használtat lefekvés előtt, soda bicarbonicát a gyomor hyperaciditása esetében, nedves begöngyöléseket, tejsavat és urethant. Chloral a szív működésére és vérnyomásra csökkentő hatással van s ezért csak magas vérnyomás esetében alkalmazható. A sulfonalnak, trionalnak, tetronalnak nincs ily hatása a szívre s így bátrabban használható bármely esetben. Valeriana különösen a nyugtalansággal járó álmatlanságnál ajánlható.

A fájdalomcsillapító szerekre nézve előadó a következőket jegyzi meg. Az opium vagy morphium jó eredménnyel adható a végbélben keresztül glycerines oldatban. Fogfájás ellen, ha az szuvas fogtól van, jó a soda-oldattal való szájkülbőlés laudanum hozzáadásával vagy a nélkül. Epekölikánál leghatásosabb fájdalomcsillapító az opium, kapcsolatban chloroform-beleheléssel, angina pectorisnál a morphium amyl-nitrittel vagy nitroglycerinnel. Fejfájás ellen salicylsavas natront rendeljünk, kapcsolatban bromkalival, mely lefekvés előtt vagy korán reggel vevendő be. Kitiűnő hatásúak az ismert antipyreitikus szerek is, a phenacetin, antipyrin, stb.

Cushney barátja az altatószereknek, melyek, ha nem élünk vissza velük, gyakran kitűnő hatásúak s a beteget egy kínos állapot circulus vitiosusából ragadják ki. Sajnos, hogy a hatásuk nem egészen megbízható, s hogy a betegek hozzájuk szoknak. 1869 óta ismerjük a chloral, melyet az utóbbi időben rokongyógyszerek követtek, mint az isopral és chloreton. Minthogy a szív működésére valamennyien igen lehangoló hatással vannak, mindinkább háttérbe szorulnak az alkohol-derivatumok a paraldehyd s az amylen mellett, a melyek ugyan nem oly biztos hatásúak, de ártalmatlanok. Az uretan és hedonal csak nagy dosisokban hat s ilyenkor sem biztosan.

A veronal a legjobb altatószerek közé tartozik 0.30—1.0 gramm adagokban. Az opium és morphium a megszokás veszedelme miatt kerülendő, a belladonna alkaloidja szeszélyes és megbízhatatlan hatású s kellemetlen mellékhatásokat hoz létre. Többet ér még a hyoscin, melyet bromkalival lehet kombinálni.

Sir William Broadbent (London) arra int, hogy mielőtt a hypnoticumokhoz nyulnánk, igyekezzünk az álmatlanság okát kideríteni. Az éjféli felébredésnek rendszerint emésztési zavarok az okai, míg a nehéz elalvás inkább neurasthenián alapszik. A hideg lábak ellen ő is legjobbnak találta a hideg lábfürdőt frotírozással lefekvés előtt. Magas érvényűségű a calomel néha kitűnő hatású. Alacsony vérnyomású egyének néha nem tudnak vízszintes helyzetben aludni, de igenis félig ülő helyzetben. A chloraltól nemcsak a szívbajosok, de a tüdőbajosok is tartózkodjanak.

W. Hale White (London) kiemeli, hogy az álmatlanságra vonatkozó panaszok gyakran alaptalanok. A kora reggeli — 3 óra körüli — felébredésnek nem ritkán a gyomor üressége az oka, a mit néhány harapás kenyérrel, sőt vízával is meg lehet szüntetni. Hasmenés és flatulentia gyakoribb oka az álmatlanságnak, mint a dugulás. A lábadózók álmatlansága magától megszűnik. Az acut betegségekkel járó álmatlanság ellen narcoticumokkal kell küzdenünk. Pneumoniában Doverpor, szívbajokban opium adagolandó. A hosszantartó betegségekben ellenben, a minő a tabes vagy neuralgia, nem ajánlatos az altatószerek alkalmazása a szokássá válhatás miatt. Az időelőtti felébredés oka gyakran a hálósoba rossz szellőztetése, utcai lármá, világosság. Az altatószerek közül ajánlja a heroint, chloralamidot és paraldehydet.

Collier (Oxford) az álmatlanság okai között nagy szerepet tulajdonít az iskolai túlterhelésnek. Szintén barátja a narcoticumoknak.

Huchard (Páris) igen jó eredményeket ért el calomellel; magas vérnyomás eseteiben naponként háromszor hat milligramm calomelt adva, lassanként megszűnik az álmatlanság. Alacsony vérnyomásnál a vérkeringés emelésére strychnint ad, mely mellett gyakran a különben hatástalan álomhozószerek kicsiny adagjai is célhoz vezetnek. A veronalt és dormiolt ajánlja; mindkettő ártalmatlan, az előbbiből már 0.20 gramm adagok is elegendők lehetnek.

Dawson (London) a fájdalomcsillapító szerekről szól, melyek közül egyet sem tart teljesen kielégítőnek. A cocain, eucain és adrenalin hatása nagyon mulandó. Ajánlja az aspirint és trionalt.

Pope (London) jó eredményt ért el paraldehyddel alkoholisták álmatlanságánál. (British medic. Journal, 1905. július 29.)

PÁLYÁZATOK.

A budapest-lipótmezei m. kir. állami elmeorvóintézetben egy orvosgyakornok felvétetik.

Javadalmazás: egy szobából álló lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezés.

Orvosdoktorok vagy szigorló orvosok, a kik ezen a réven elmeorvosi gyakorlatra óhajtanak szert tenni, jelentkezzenek az intézet igazgatójánál.

Budapest, 1905. évi augusztus hó 9-én.

A budapest-lipótmezei m. kir. állami elmeorvóintézet igazgatója,

14.883/1905. szám.

A nagybecskereki „József”-közkórháznál 1000 korona évi fizetéssel, szabad lakással, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott alorvosi állás megüresedvén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

Az ezen állást elnyerni óhajtok szabályszerűen kiállított kérvényeiket, képesítésüket igazoló okmányaikkal együtt hozzám folyó évi október hó 5-éig beküldeni szíveskedjenek.

Nagybecskerek, 1905. évi augusztus hó 10-én.

3—1

Az alispán helyett a főjegyző.

3626/1905. kig. szám.

Lemondás folytán megüresedett hosszúmezői körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Ezen körhöz Szaploncza, Hosszúmező nagyközségek, Szarvaszó és Kabolapatak községek tartoznak.

A körorvosi javadalmazás 1160 kor. és 200 kor. lakbér. Ezenkívül a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjakat szedheti. Köteles Hosszúmező községben a székhelyen a halottkémi és vágóbiztosi teendőket teljesíteni, a mely teendők után a megállapított díjakat szedheti.

Az előbbi körorvos mint vasúti orvos is alkalmazva volt, tehát a megválasztottnak ezen állás elnyerésére is kilátása lehet.

A választást folyó évi szeptember hó 19-ik napján d. e. 8 órakor Hosszúmezőn a község házában fogom megtartani.

Kellően felszerelt pályázati kérvények szeptember hó 10-éig adandók be hozzám, a megválasztott körorvos állását azonnal elfoglalni tartozik.

M. - Sziget, 1905. évi augusztus hó 5-én.

Szaplonczay, főszolgabíró.

772—773/1905. ig. számok.

A pécsvárosi közkórház elmebetegosztályán rendszeresített egy másodorvosi és az anyakórházban lemondás folytán megüresedett egy masodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni szándékozó orvostudor urakat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ában előírt minősítésüket, eddigi alkalmaztatásukat, s erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányaikkal felszerelt és méltóságos dr. báró Fejérváry Imre úrhoz, Baranya várm. és Pécs szab. kir. város főispánjához címzett kérvényeiket hozzám f. évi szeptember hó 8-áig beküldjék.

Az elmeorvóintézet kinevezendő másodorvos javadalmazása évi 1500 kor. fizetés, természetbeni lakás és I. osztályú élelmezés, az anyakórházhoz kinevezendő pedig évi 1200 kor. fizetés és I. osztályú élelmezés leend.

A kórházi alapszabályok értelmében a másodorvosok két évre neveztetnek ki, mely idő az igazgató előterjesztésére egy évvel meghosszabbítható. Oly másodorvosok, kik ezen idő alatt kiváló szakértelemet s szorgalmat tanúsítottak, főispán által — a kórházigazgató meghallgatásával, illetve annak előterjesztésére — véglegesíthetők.

Pécs, 1905. évi augusztus hó 15-én.

34—36

Erreth Lajos dr. s. k., kir. tanácsos, kórházigazgató.

Békés vármegye közkórházának elmebeteg-osztályán üresedésbe jött főorvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 2400 korona fizetés és 400 korona lakpénz. Az állás nyugdíjra jogosít.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésükre s eddigi működésükre vonatkozó okmányokkal felszerelt folyamódványaikat Békés vármegye főispáni hivatalához címezve hozzám folyó évi augusztus hó 23-áig adják be. Később érkező folyamódványok figyelembe nem vétetnek.

Az állás a kinevezés kézhez vétele után azonnal elfoglalandó.

Gyula, 1905. évi augusztus hó 17-én.

Békés vármegye közkórházának igazgatósága.

A lipótmezei m. kir. állami elmeorvosi intézetnél egy másodorvosi állás, a mely 1200 kor. évi fizetés, I. osztályú élelmezés, egy butorozott szobából álló szabad lakás, továbbá fűtés és világítás élvezetével van egybekötve, két évi időtartamra betöltendő.

Felhívhatnak azon orvostudor urak, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egykoronás béléggel ellátott, s keresztlevél, vagy születési bizonyítvány, továbbá orvostudori oklevél és eddigi alkalmaztatásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt, s a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz címzett folyamodványaikat folyó évi szeptember hó 5-éig az alulírt igazgatóságnál nyújtsák be.

Budapest, 1905. évi augusztus hó 9-én.

A budapest-lipótmezei m. kir. állami elmeorvosi intézet igazgatója.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator



kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csíramentes!
Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

gyomorbennék hyperaciditása.

Alkalikus vizek,

főleg „Rohitschi Styria forrás“
sikerrel használtatik.

Orvosok kiterjedt praxissal

kéretnek egy új, engedélyezett speciálisítás képviselőre.
Minden város és nagyobb község részére kerestetik képviselőt.
Cím: Demeter gyógyszerész, Szászváros.

Elő- és utóidényben tetemes árendemény. Idény május—október.

Téli kúrák október—április hónapokban.

ásvány- és iszapfürdő DARUVÁR

a szlavin közephegység gyönyörű völgyében, a déli vasút állomása közvetlen összeköttetés Budapest és Bécsrel.

Vastartalmú hőforrások és iszapfürdők.

Hőfok 34°—50° C. Márvány-, po cellán-, tükrö- és lápfürdők. Hidegvízgyógykezelés. Fagó-osztály (iszapöngyölések). Kiváló gyógyeredmények az összes női bajoknál, vérértékesítésnél, köszvényes és csúszos bájoknál, valamint idegbántalmaknál. Szép berendezésű lakószobák, olvasó terem, kitűnő fürdőzeneke, köleskönyvtár, lawn-tennis, tekepálya és egyéb szórakozások. Remek sétányok az árnyas parkban és határos erdőben, érdekes kirándulások, legnagyobb kényelem, olcsó árak. Kitűnő étkezés a fürdő-szállodában, havonta I. o. 92 K., II. oszt. 72 K. Prospektus és fűtővilágosítással szívesen szolgál Daruvár fürdőberlet igazgatósága.

Reiniger, Gebbert & Schall

elektrotechnikai gyár

Budapest, VI. ker., Ó-utca 42.

Wonke Rezső műszerész

Wien, IX/3. Universitätsstrasse 12.

Különlegesség: Villamos orvosi készülékek, galvanisatio, elektrolyse faradisatio, franklinisatio, kaustik, endoskopia stb. orvosi kapcsoló készülékek villamos fényvezetékhez.

Röntgen-berendezések.

Villamos fény-gyógykészülékek.

Gazdagon illusztrált árjegyzék ingyen és bérmentve.

Dr. Glück Sanatoriuma és vizgyógyintézete

Budapest, Városligeti fasor 11.

Magángyógyintézet idegbetegek, belbetegek és üdülők részére.

Felvétnék belakók és bejárók. — Vizgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villamos fényfürdők. — Szénsavas fürdők. — Dietetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell-gyógymód, diabetes kezelés, soványító gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kitűnő ellátás. — Mérsékelt árak.

Telefon 15—39. — Prospektus.

Igazgató-főorvos: Dr. GLÜCK GYULA

Arthritis Urica Polyarthritis Rheumatica és Arthritis Deformans

legsúlyosabb eseteiben is, mesés hatás érhető el a

Kali Liniment. Zoltán-nal

Alkalmazása kényelmes.

Hatása biztos.

Beszerzése olcsó.

Készítője **Zoltán Béla** gyógyszerész

Budapest, V., Szabadság-tér.

Egy üveg ára 2 korona

Dr. EMMERICH gyógyintézete

ideg-morphium-alkoholbetegek stb. részére.

Baden-Baden. Alap. 1890.

A morphium-elvonás legenyhébb módja kényszer és kín nélkül; a feekendő rögtön nélkülözendő; a kúra 4—6 hétig tart. Prospectusok díjmentesen. (Elmebetegek kizárva.)

Tulajdonos és vezető orvos: Dr. Arthur Meyer. 2 orvos.

D. R.-P.

Gyorsan ható puha Salicylszappanok.

Rheumasan

tubus K 2.50; edény K. 1.50.

Rheuma, csúsz, ischias, migrán, pleuritis, influenza, tylosis.

Ügyszintén makacs esetekben, továbbá

Ester - Dermanan

tubus K 3.—; edény K. 1.80.

psoriasis-, pityriasis-, tylosis-nál.

Ester-Dermanan

Vaginal-Kapsulák

10 darab K 2.50.

Para-, perimetritis, oophoritis.

Irodalom és minták ingyen.

Chemische Werke FRITZ FRIEDLÄNDER, G. m. b. H., Berlin W. 64.

Ausztr.-Magyarors. képviselője: Alex. Herkner, Wien, XVIII/2, Saliergasse 2.

D. R.-P.

Tüdőbetegek gyógyintézete Sanatorium Wienerwald.

Vasuti állomás: Pernitz; postaállomás: Ortmann, N.-Ö.

Bécsből 2 1/2 órányi távolságban.

Nyáron és télen át nyitva.

Dr. Arthur Baer.

Dr. Hugo Kraus.

„Bayer“

CONTRATUSSIN

„Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a
VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrassy-út 84.

Minden gyógyszerárban kapható.

Kíváncsiak próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. MAGÁNTANÁR,
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT Bókay János szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza és ifj. Klug Nándor szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarcsi Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Verebely Tibor: Közlemény a magy. kir. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre dr. udvari tanácsos, egyetemi tanár) sebészeti klinikumáról. A vékonybél sarkomája. 559. lap.

Lévy Lajos: Közlemény a hamburgi „Edmundstal” tüdőbeteg-sanatoriumból. (Főorvos: Ritter dr.) Denys tuberculinjával szerzett tapasztalatainkról. 602. lap.

Sugár K. Marton: Az otosclerosis phosphorkezelésének kérdéséhez. 605. lap.

Árca. Róth-Schultz Vilmos: Utí jegyzetek. 607. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. W. Cröner: Die Therapie an den Berliner Universitäts-Kliniken. — A. Poehl, J. Tarchanoff und P. Wachs: Rationelle Organotherapie. (M.) 608. lap. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. N. Raw: Az emberi és a marhagümökör közötti különbségről. — Loeper és Louste: Bakteriumok és sejtek kimutatása a vérben. — Lindemann: Acetecetsav kimutatása a vizeletben. — Frommer: Aceton kimutatása a vizeletben. — Belggyógyászat. Choupin St. Etienne: A Renaut-Dubois-féle vesekivonattal kezelés klinikai eredményei. (K. G.) — Francis O. Boyd: A vese decapsulatiojának értéke. (K. G.) — Apelt: Az aorta-rendszer általánosan szűkült volta. — Sebészet. P. Pilcher: A prostata-hypertrophiáról. (Pólya.) — Cullis és Hewetson: Cystikus vese. (Pólya.) — Nason Dunn: Az anonyma rohamosan növekvő aneurysmája. (Pólya.) — F. C. Wallis: A pruritus ani kezelése. —*

W. F. Brook: A flexura sigmoidea veleszületett túltengése és tágulása. — Venerés bántalmak. L. Spitzer: Újabb adatok a Schaudinn-féle spirochaeta pallidáról. (Guszmán.) — Börkórtan. Weik: Isoformmal végzett therapiái kísérletek. (Guszmán.) — Ménétrier és Bloch: Diffus sklerodermiának pajzsmirigy-adagolásra lényegesen javult esete. (Guszmán.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Ulrich: Marenin. — Dürig és Lomer: A Basedow-kór kezelése Möbius-féle antithyreoidinnal. — Frauenthal: Arthritis gonorrhoeica. — Sarason: Metaplasma. 608—612. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Kinevezés — Új egyetemi tanárok. — Választás. — Ritoók Zsigmond. — Salgó Jakab. — Iskolaorvosi tanfolyam Kolozsvárt. — Elhunyt. — Kisebb külföldi hírek. — A kezek desinfectiojáról. — A görög és latin orvosi műszavak írása. — A degeneráltak castratioja. — Az orvostan-hallgatók száma a svájci egyetemeken. — Gyógyult syphilis. — A radiobokról. — A száz orvosok jövendele. — A húsfogyasztásról különböző országokban. — Mérgezés fagyalt élvezetétől. — Anyák iskolája. — Poltophag és psomophag. — Hazai fürdőink személyforgalma. — A budapesti II. sz. női klinika. — A főváros egészsége. 612—613. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Első nemzetközi anatómiai congressus. Személyenként külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Melléklet. Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning cég „Tussol” című prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a m. kir. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre dr. udvari tanácsos, egyetemi tanár) sebészeti klinikumáról.

A vékonybél sarkomája.

Irta: Verebely Tibor dr. klinikai tanársegéd.

A kép, melyet Baltzer 1894-ben a vékonybél sarkomájáról 14 összegyűjtött eset kapcsán, klinikai és bonczani szempontból oly egyöntetűnek vázolt, mai napig sok tekintetben újra elmosódott. Az érdeklődést azonban kétségtelenül sikerült munkájával e daganatokra felhívni s ez magyarázza az efféle daganatok viszonylagos ritkasága dacára is a közölt esetek számának rohamos emelkedését. Rheinwald (1901) 45, Libman (1901) 51 esetet talált, Lecène pedig 1904-ben megjelent monographiájában már 75 esetre hivatkozik, a melyekhez azóta néhány újabb is (Steinthal és mások) járult. Hogy ez a kép nem is lehet egyöntetű, hogy a vékonybél-sarkoma nem lehet soha oly klinikai köregegyes, mint például a pylorus-rák, a vesedaganat fogalma, azt a bonczani viszonyok egyszerű áttekintése teszi érthetővé. Nemcsak a vékonybél-daganat topographiája itt a döntő, hanem egyúttal azon functionalis viszony is, a melyben minden egyes bélszakasz a felette és alatta levő bélrészlettel s az esetleg belenyúló mirigyekkel áll.

Egy még szét nem esett, szűküléssel járó sarkoma a duodenum felső harántágában, minthogy elsősorban a gyomor működését zavarja, szükségképen más klinikai tünetekkel jár, mint a vakbél felett néhány centimeterre ülő, tenyérszerű, már szétesett, tágulást okozó beszűrődés, avagy az egész vékonybélnek egyenletes sarkomás infiltratioja. A szerzők nagyrésze (Libman, Siegel) mégis mindenen azon egybefoglalni iparkodik e daganatokat, s keresi azon tényezőket, a melyekből adott esetben a sarkoma kórisméje felállítható. Lehet, hogy kóroktanilag e daganatok együvé tartoznak; tény az, hogy az előfordulás gyakorisága, kor, nem és egyéb általános adatok szempontjából van értéke a statis-

tikai feldolgozásnak; sőt elismerjük, hogy kórboncztanilag és a szöveti viszonyok alapján is jogosult e sarkomák egybefoglalása. Klinikailag azonban még a legáltalánosabb tünetek sem mutatnak egybehangzást; innét van, hogy midőn Libman megismerli klinikai osztályozást adni e daganatokról, 7 felállított csoportjában homlokegyenest ellentmondó tünetcsoportokat látunk egymás mellett. Nézetünk szerint a vékonybél-sarkomák csoportosítása csakis bonczani lehet s csakis a bonczani egységeken belül lehet értéke a tüneti megfigyelésnek.

Nem célom e helyen az irodalmi anyagot ily irányban átdolgozni, csupán három ily aránylag ritka esetnek lefolyását óhajtom vázolni, a mint azt a 2. számú sebészeti klinikán volt alkalmunk észlelni. Teszem ezt elsősorban vonatkozással azon sarkomás vastagbél-daganatokra, a melyeket főnököm Réczey tanár szíves megbízásából a múlt év folyamán ismerttettem; legyen szabad neki ezen újabb anyag átengedéseért is őszinte köszönetemet lerónom.

I. G. J., 52 éves, napszámos. Két évvel felvétele előtt hirtelen májtáji fájdalmakkal és sárgasággal betegedett meg; félévvel később egyre gyakrabban ismétlődő hányás jelentkezik nála, mely néhány órával az étkezés után lepi meg, azonban sohasem véres; azóta egyre fogy s erőtlenebb lesz.

A lesoványodott beteg fakó sárgás-barna színű; hasában a jobb bordaív alatt gyermekfejnyi daganat domborodik ki, melynek felső határa a májjal folyik össze, jobbfelé a mellső hónalj vonalig, balfelé a középvonalig ér, lefelé a köldök magasságáig terjed. Élesen körülírt, legömbölyített, s tompa kopogtatási hangot ad; a légzési mozgásokat követi. A colon mély dobos hangja alatt húzódik el, a tágtult gyomor pedig bal oldalán foglal helyet; a colon és gyomor felújása a helyi viszonyokat nem változtatja. A próbareggeliben sok szabad sósav van, tejsav nincs; a próbaébéd után a gyomor csaknem üres. A hányás 2—3 naponként jelentkezik s epével kevert, híg, büzös ételpép. A beteg állandóan láztalan.

Műtét. Chloroform-narkosisban a jobb bordaívvel párhuzamos metszéssel megnyitjuk a hasat; a metszésbe kitüremlik a meg-nagyobbodott máj, a melynek felszínén férfükölnyi, sima, hullámzó

terimenagyobbodás domborodik ki, a mely a mélyben a gyomorral és az epehólyaggal összenőtt s a melyen a máj széle elvékonyodva vész el. Próbacsapolás negatív; kellő izolálás után a daganatba behasítunk, a mikor is a nyíláson ételrészletekkel s epével kevert folyadék ömlik ki egy üregből, mely ezafatos nyálkahártyától béleltnek látszik. A nyílást bevarrjuk, a mi a falzat merevsége, törékenysége miatt sok nehézséggel jár; épen ezért a varrat helyét a hasfalhoz rögzítjük, s a hassebet részben zárjuk.

A beteg 5 nappal a műtét után, a varrat helyének részleges megnyílása után meghalt.

A bonczjegyzőkönyv ide vonatkozó része így szól: A gyomor pylorikus része a máj bal lebenyének alsó felszínéhez rögzített; ez utóbbinak felső felületéből egy körülbelül ökönyi daganat domborodik ki, a mely sebészi varratokkal a hasfal sebéhez rögzített. A gyomor erősen tágult, falzata összehúzódott, megvastagodott; vaskos, szürkés nyálkahártyája erős redőket képez, melyeket sűrű nyák borít; túltengett izomzata áttűnő. A pylorus ráncza jól kifejezett s egész körzetén megtartott. Közvetlen alatta körkörös, gömbszerűen tágult a duodenum; az így támadt üreg gyermekfejnyi, felső szélével a pylorus-ránczig, alsó határával csaknem a Vater-papilláig ér, a melyek felé orsóalakban megszükül. Alsó falzata a gyomor savós hártájának folytatásában fekszik, felső fala pedig a máj bal lebenyébe vág, a mely részben e fal képzésébe beolvadt. Az üreg falzatában a bél rétegzettsége eltűnt, a mennyiben a fal egyenetlen, rajzolat nélküli, szürkésvörös, dúsan erezett tömegből áll, a mely nyálkahártyaboríték nélkül ezafatos dudorokban emelkedik be az üregbe. Ezen szövet 2—3 centimetryire beszűremkedik a duodenum, illetve a gyomor falába, annak sértetlen nyálkahártyája alatt növe tovább. A daganat összekapaszkodott a jelentékenyen zsugorodott és elzárt, nyákkal telt epehólyag bal falával, a melyet fillérnyi területen kimart.

Diagnosis. Sarkoma exulceratum duodeni cum dilatatione eiusdem; infiltratio sarcomatosa hepatis et cystae felleae. Peritonitis chronica adhesiva, circumscripta. Hypertrophia muscularis et dilatatio ventriculi cum gastritide chronica catarrhali; enteritis chronica. Cholecystitis chronica stenotisans. Laparotomia facta. Bronchitis chronica purulenta, emphysema pulmonum; atrophia brunea hepatis et myocardii. Anaemia et emaciatio universalis maioris gradus.

Görcsövíleg a daganat kis gömbsejtű sarkoma volt. A fekély területén teljesen kiszorította a bélfal elemeit a kerekmagvú, lymphocytá nagyságú sejtek burjánzása, a melyek hyalinos kötőszövet üreibe képeznek szabálytalan alveolusokat. A sejtek szorosan egymáshoz simulva, itt-ott egymást ellapítva fekszenek egymás mellett, a nélkül, hogy köztük finom lymphoid reczétet volna kimutatható. A fekély szélein a bélfal izomzatát látni szét-túrva a daganat sejtjei közt.

Epikrisis. A klinikai kórisme felállításában gondolatmenetünk a következő volt: az anamnesis szerint teljes jólét közepette hirtelen fellépett, sárgasággal járó görcsös fájdalmak valószínűvé tették, hogy az időtájt epekő vagy cholangitis okozta epeútelzáródás fejlődött ki. A félévvel később étkezések után jelentkező hányást a pylorikus táj, illetve a hányadék bőséges epetartalma miatt a duodenum hajlatán ülő szűkületnek, nevezetesen, minthogy a hányadék véres sohasem volt, összenyomtatásnak tulajdonítottuk; a terimenagyobbodást magát pedig az epehólyagba localizáltuk s tekintve a lázak hiányát s a fennálló senyvedést, daganatnak tartottuk; a kórisme ennek alapján cholelithiasis után fejlődött daganat, ezzel járó körülírt hashátya gyuladás (*pericholecystitis*) és következményes duodenum compressio volt. A műtét illetve bonczolás eredménye e kórismét megcáfolta, a mennyiben a kórkép okául egy subpylorikus, béltágulással járó fekélyes sarkomát derített ki. Valószínű, hogy a daganat lappangó kezdete tünetek nélkül folyt le; a sárgasági roham már kétségtelenül az epehólyag kezdődő másodlagos beszűremkedésének volt időpontja. A gyomor tágulása és muscularis túltengése a gyomorkiürülés akadályának bizonyossága; az akadály, tekintve a duodenum jelentékeny tágulását, másfelől a hányás jellegzetes periodicitását, csakis az izomrétegekben pusztult duodenum bénulásának következménye.

II. Zs. A., 43 éves, erdész felvételekor elpanaszolja, hogy 1 1/2 év óta szenved gyomortáji fájdalmakban és étvágytalanságban; a szűró, csavaró fájások a jobb bordaív alatt kezdődve a bal bordív felé sugárzanak ki s olykor emésztetlen ételpép hányásával végződnek; a hányadék véres sohasem volt. Beteg azóta állandóan fogy, beteges. Az erősen lesoványodott beteg hasában a jobb bordaív alatt gyakorolt nyomás élénk fájdalmat vált ki; e helytől a középvonalig a mélyben homályosan tapintható, elmosódott határu, dudoros beszűrődés húzódik, a mely felett a kopogtatási hang dobos, s mely a helyéhez mozgathatatlannul rögzített. A tágult gyomor és a vastagbél felfújásánál az említett beszűrődés eltűnik a gyomor, illetve a bél dobos hangja alatt. A próbareggeli rendes sósavtartalom mellett tejsavat nem mutat; a próbaebéd után a gyomorban alig maradt némi ételpép. A kórismét függőben tartva végeztünk a betegnél exploratív hasmetszést.

A műtétkor, melyet chloroform-narcosisban végeztünk, a középvonalban megnyitott hasban a puffadt gyomor és harántremese között egy a hashártya mögött fekvő, tömött, dudoros terimenagyobbodás volt tapintható a gerincoszlop előtt; a terimenagyobbodás helyzetében vagy a duodenum alsó harántágának, vagy a pankreasnak, vagy mesenterialis mirigy csoportnak felelt meg és sokszoros heges összenövésai közül kifejezhető nem volt.

A beteg hatodik napra a műtét után elgyengülésben meghalt.

A bonczolás röviden összefoglalt eredménye a következő:

A gyomor valamint a duodenum felső harántága és patkója erősen tágult, palaszürke nyálkahártyájuk tapadó nyákkal fedett, a melyhez barnásvörös véresíkok kevertek. A duodenum alsó harántágának distális fele körkörös, tenyérnyi széles, fekélyes üreggé lett, a melynek falát rétegzés nélküli, tömött, heges csíkoktól áthatott, helyenként 1 1/2 cm. vaskos halvány szürkessárga szövet alkotja. Ez egyenetlen dudorokban emelkedik be a duodenum ürébe, a hol a nyálkahártyának csupán szigetszerű maradványai borítják, a savós hártát áttörve beszűremkedik a mesocolon transversum lemezébe, a mely a légörmület táján ez infiltratio helyén hegesen zsugorodott olyannyira, hogy a remese lépi görbülete csaknem szögletbe tört. A fekély distális végének mellő részletén, közvetlenül a fodor tapadása alatt, a fekélyes szétesés a falazaton át eléri a savós hártát, a mely koronányi területen ellágyult s gombostüfejnyi lukkal szabadon nyílik a hasüregbe. A fodormirigyek közül egy diónyira megnövekedett, puha, velőszzerű, nedvdús.

Diagnosis. Sarkoma fibrosum duodeni cum infiltratione et cicatrizatione mesocoli flexurae lienalis, infractio flexurae. Dilatatio rami descendens et horizontalis superioris duodeni ventriculique secundaria. Infiltratio sarcomatosa lymphoglandulae mesenterialis. Perforatio duodeni, peritonitis fibrinosa-purulenta universalis.

Bronchopneumonia lobi inferioris sinistri incipiens cum pleuritide fibrinosa lateris eiusdem. Atrophia brunea myocardii et hepatis. Emaciatio universalis maioris gradus.

Görcsövíleg a daganat kis gömbsejtű sarkoma volt a stroma heges hyalinos zsugorodásával.

Epikrisis. A leírt esetben a gyomor és duodenum súlyos canalisatós zavara állott fenn a nélkül, hogy a duodenum alsó felének tágulással járó sarkomás beszűrődése ennek bonczotani magyarázatát adná. Az említett szakaszok tágulása s izomzatuknak túltengése azt bizonyítja, hogy a bélbennék továbbítása volt gátolt; másrészt a fekély területén belül az izomréteg teljes pusztulása a mellett szól, hogy a beteg szakasz működése volt elégtelen. Más szóval a duodenum sarkomás beszűrődése helyén bennult lett s gördítette a felette lévő szakaszok elé az akadályt. A mesocolon beszűrődése a remese megtörésével, valamint a fekély átfuródása és a következményes hashártyagyuladás másodlagos szövödmények.

III. Á. M.-né, 28 éves, földműves-asszony felvételnél előadja, hogy három hónap óta vesz észre hasában egy rohamosan növekedő daganatot; ugyanez idő óta evés után gyakran hányási ingere van, s időnként hányás is. Két alkalommal erős hidegrázás mellett türehtetlen görcsei támadtak, a mikor is egész hasa megkeményedik, szelek, szék kimaradnak, helyette gyakori hányás

gyötri. A rohamok lassanként maguktól lezajlottak s utánuk a beteg állapota valamennyire javult.

Rendkívül lesóványodott, halvány, erőtlén nőbeteg; a puffadt hasban a processus xiphoideustól jobbra körülbelül ököl-nyi, a köldök mellett attól balra pedig valamivel kisebb daganat tapintható; az előbbi csupán a petyhüdt hasfallal együtt, az utóbbi az alatt minden irányban szabadon mozgatható; a légzési mozgásokat egyik sem követi. Mindkettő sima felszínű, puha tézstapintatú, nyomásra fájdalmas s tompult kopogtatási hangot ad. Gyomorfelfújásnál a gyomor határai a köldököt 3 ujjnyira meghaladják, de a daganat ép úgy, mint a colon, felfúvásnál sem tűnik el. A gyomorvadásban sósav nincs, ellenben sok a tejsav; próbaebédnél sok az emésztetlen ételmaradék. A beteg a klinikán két nappal felvétele után heves hasgörcsöket kap 39° láz mellett, a hasa felpuffad s a vékony hasfalán át szembetűnnek a köldök körül erőlyesen görcsösen összehúzódó vékonybélkacsok; maga a daganat is megkeményedik. Szelek ez idő alatt nem mennek, a beteg barnás, híg, bűzös folyadékot hány nagy mennyiségben, de pulszusa e mellett erőteljes, nyugodt. A roham két nap alatt lezajlott, s ekkor a beteget megoperáljuk.

Műtét chloroform-narkosisban. A köldök felett a közep-vonalban felhasítjuk a hasat; kiderül, hogy két egymástól független daganat van jelen, a melyek közül az egyik, a mozgatható, egy vékonybélkacs körkörös, tágulással járó beszűrődése, a megfelelő fodorban almányi lágy mirigygyel; a másik pedig a gyomor pylorusa táján levő infiltratio, a mely a hasfallal szívosan, laposan összenőtt.

A beteg műtét után 25 napra a fent vázolthoz hasonló lázas roham alatt meghalt.

A *bonczolatnál* talált viszonyok a következők voltak: A tágult gyomor fundusa mélyen áll, pylorikus tája pedig a máj alsó felszínéhez s a mellő hasfalhoz rögzített, a jejunum felső részlete s a remesétől borított duodenum hatalmasan tágult. A hasüregben 300 cm³ szenny, szürkés geny, a hashártya erősen belövelt, tapadós fibrintől borított, helyenként apró vérzésektől tarkázott. A gyomor fundusán két különálló gyermektenyérnyi, a pylorus táján egy férfitenyérnyi, a szürkés-vörös nyálkahártya szintjéből virágágszerűen kiemelkedő, felszínén nyálkahártyától fosztott fekély foglal helyet; az első két fekély közül az egyik a cardia alatt a nagy hajlat mentén, a másik a fundus hátsó falán az előbbi alatt 4 cm-re terül el; a harmadik a nagy hajlat két oldalán a pylorus felett csaknem körkörösül, úgy hogy a kis hajlaton csak 4 cm. nyálkahártya marad elváltozatlanul. A fekélyek szélei velősen beszűrődöttek, sáncszerűen felhánytak, alapjuk sima, halványszürke, egyenletesen lágy, a széleik szabálytalanul öblösek. A beszűrődések területén a bélfal rétegzettsége teljesen eltűnt. A pylorikus fekély alapján, a gyomor mellő és hátsó falán egy-egy borsónyi, illetve fillérnyi nyílás vezet az elvékonyodott falon át a szabad hasüregbe. A fekélyek közt visszamaradó nyálkahártyát 6 borsó egészen földiónyi, a submucosában üllő, velős, fehér beszűrődés domborítja ki; az utóbbi a négy kisebb felett szabadon elmozdítható, a két nagyobbánál a beszűrődéshez rögzített s a domborulat közepén lencsenyi, krátterszerű, czafatos folytonossághiányt mutat. A jejunum kezdetén férfikölnyi, a bél hossztengegyében elnyúlt beszűrődés, melynek területén a bél orsóalakban tágult; a tágulás falai tömöttek, szürkésvörösek, merevek, egyneműek; a bél üre tágult s az egész beszűrődés területén nyálkahártyától fedett, kivéve egy koronányi, öblös fekélyt a mellő falon. A beszűrődött bélkacsnak megfelelő mirigy gyermekököllyire duzzadt, velős, egynemű.

Diagnosis. Sarkoma multiplex exulcerata ventriculi et jejuni cum dilatatione ventriculi et duodeni. Metastases lymphoglandularum mesentericalium. Perforatio ulceris ventriculi, peritonitis fibrinoso-purulenta universalis.

Görcsövíleg a daganat gömbsejtű sarkoma; a bélfal egészében heges-hyalinos kötőszövetes lemezzé lett, melynek hézagait töltik ki az interstitialis rostok nélkül egymáshoz szorult, nagy magvú, gömbölyű sejtek.

Epikrisis. Esetünkben klinikailag a különállóan tapintható két daganat, különböző bonczotani magatartásával, kétségtelenné tette a multiplicitást. Az egyik daganatot a gyakori hányás, erős gyomortágulás, görcsös gyomortáji fájás és sósavhiány alapján a

pylorus szűkületének tartottuk, a másik daganatot azonban szabad mozgathatósága miatt a csepleszbe localizáltuk, egyúttal e helyen a vékonybél valamely részletének leszoríttatását véve fel. A hullabeli lelet első felvételünket annyiban igazolta, hogy a gyomorban többszörös daganatot, illetve fekélyt derített ki; a második daganat azonban ugyanilyen jellegű, erős tágulással járó, hengeresen beszűrődött vékonybél-sarkoma volt. Ez alapon az időszakonként fellépő belső elzáródás tüneteinek értelmezésére több lehetőség vehető fel; lehet, hogy a nagyobb területen infiltrált, izomelemek-től megfosztott s kétségtelenül hűdött bélrészlet a felette lévő tágult, compensálóan túltengett izomzatban időnként bekövetkező incompensatióra vezetett; lehet, hogy a súlyos, szabadon mozgó, merev bélkacs temporarier tengelycsavarodást szenvedett; de lehetséges, s ezt tartom leginkább valószínűnek, hogy a tágult bélbe a felette lévő, élénk peristaltikával bíró bélkacs invaginált.

Az eseteinkből vont tanulságokat értékesítve, az irodalomban eddig ismertett néhány vitás kérdésre óhajtunk kiterjeszkedni.

Az elfordulás gyakoriságát illetőleg már a vastagbélbeli sarkomák tárgyalásánál tételnek állítottuk fel, hogy a sarkoma nagyjából egyenlő arányszámban fordul elő a vékonybélben, a remesében és a végbélben, más szóval, hogy az összes esetek 1/3-a esik a vékony-, 2/3-a a vastagbélre. Eseteink kicsinyben utólag is igazolják e tétel helyességét, a mennyiben a klinikán észlelt 3 vékonybél-sarkoma 6 vastagbél-sarkomára esett. A sarkoma tehát sem absolute, sem viszonylag nem gyakoribb a vékonybélben, mint a vastagbélben; a gyakoriság arányszámának szétterése csakis a carcinomák és sarkomák relatív előfordulását illeti. Tény az, hogy míg a remesében előforduló összes rosszindulatú daganatok 6/800-a, a végbélben előfordulóknak pedig 1/200-a sarkoma, addig a vékonybélben átlag 5 sarkomára esik 1 carcinoma (*Lecène*). A vékonybélben magában *Nothnagel* 8 esetéből 1 jutott a duodenumba, 3 a jejunumba s 4 az ileumba. *Libman* 47 esete közül 15 ült a duodenumban, 18 a jejunumban és ileumban, 14 az ileumban, azaz a három bonczotani szakasz körülbelül egyenlő gyakran kóros. Ez az arányszám némileg módosul, ha *Lecène* ajánlatára a duodenum sarkomák egy részét, mint a papilla Vateriból kiinduló daganatot a bélsarkomák közül kizárjuk, a mi azonban nézetünk szerint a bonczotani viszonyokból alig bizonyítható be.

A *kor* görbéje a vékonybél-sarkomáknál tetőpontját a 20—40. életév közt éri el, innen enyhén esik le a gyermekévek felé, a hol a számuk csak felére süllyed; ellenben rohamosan meg lefelé az agghorhoz, a mely csaknem mentesnek mondható. Nagyjából megegyezik ez a vastagbél-sarkomák magatartásával, bár ott a 40—50. évek közé esik a legtöbb daganat; mindenestre azonban megfelel a sarkomáknál ismert azon általános szabálynak, hogy a sarkoma a fiatalabb évek betegsége.

Nem szempontjából eseteink nagyjából a valóságnak megfelelő arányszámot mutatják; két férfira esik egy nőbeteg. *Libman* 23 férfibetegre 13 nőt számít; *Rheinwald* adatai szerint pedig az esetek 77/500-a férfit illet.

A vékonybél-sarkomák kóroktana ép oly kevésbé ismert, mint a sarkomáké egyáltalában; hogy mily szerep jut fejlődésükben a traumának (*Jalland, Pepin, Bessel-Hagan*), a syphilisnek, a tuberculosishoz (*Nothnagel*), azt ez idő szerint még csak vitatni sem lehet. Nem is térnénk ki e kérdésre, ha nem akarnánk visszautasítani épen a vékonybél-sarkomákra vonatkozólag is hangoztatott azon feltevést, hogy a daganatok (*Flexner, Libman*) bizonyos festéssel kimutatható elődikre vezetendők vissza. Az ily kijelentések az önkényszerű hypothesisok értékére szállítandók le.

Bonczotani megjelenésükben a bélfal lapszerű beszűrődését mondhatjuk a vékonybél-sarkoma jellegzetes alakjának; csak a beszűrődés terjedelme változik az esetek szerint úgy, hogy e tekintetben körülírt (circumscrip), többszörös (multiplex) és elterjedt (diffus) sarkomát különböztetünk meg a vékonybélben; az egyes alakok között azonban fokozatos az átmenet. Hogy a multiplicitas az elsődleges góczból fejlődött áttételeknek kifejezője-e, vagy egyazon kórokozó tényezőnek elsődlegesen többszörös megtelepedéséből származik-e, azt ismereteink mai állása mellett eldönteni nem lehet; harmadik esetünkben például a gyomorbéli fekélyek bonczotailag egyidejűeknek, a jejunumbeli beszűrődés

fiatalabbnak, a gyomorbéli kis göbök pedig legfiatalabbnak tarthatók; egymáshoz való viszonyuk megállapítására nincs semmi támpontunk. A vita jelenleg két kérdés körül forog. Az első a daganat-burjánzás *kiindulási helye*; némelyek a nyirokrendszer elemeiből, mások a submucosa kötőszövetéből, a perivascularis szövetből, ismét mások a bélfal endothel-sejteiből (*Lehmann*) származtatják a daganatot; nézetünk szerint a leghelyesebb *Lecène* álláspontja, a ki a kiindulás helyéül a bélfal intraparietalis kötőszövetét jelöli meg s ezzel figyelmeztet arra, hogy kifejlődött esetben a legelső burjánzás helyét általánosságban bizonyossággal kideríteni nem lehet. A sejtek alakja, a sarkoma szöveti szerkezete egyáltalában nem bizonyítéka a kiindulás helyének. A másik kérdés az, vajjon hogyan viselkedik a beszűrődött bélterület ürtere? Már *Kundrat* és *Treves* figyelmeztettek arra, hogy a vékonybél-sarkomák igen gyakran a bél tágulásával járnak; *Baltzer* tovább menve, a sarkomákra feltétlenül jellegzetesnek tekintette a dilatációt. *Rutherford* ezt a tételt úgy módosította, hogy a vékonybél-sarkoma annál ritkábban okoz szűkületet, minél magasabb bélszakaszra lokalizált. Mindkét álláspont kétségtelenül túlzott (*Siegel*, *Rheinwald*), tény csak az, hogy a sarkomás tágulás, legyen az akár orsóalakú (*Kundrat*), akár aneurysmaszerű (*Haas*, *Bessel-Hagen*, *Libman*), vagy elterjedt (*Frohlmann*, saját eseteink), valamivel gyakrabban fordul elő, mint a sarkomás szűkület. Az arányt leghelyesebben *Rheinwald* összeállítás tünteti fel, a mely szerint 33 eset közül 16-ban volt tágulás, 4 esetben rendes ürtér s 13-szor kifejezett szűkület. Nézetünk szerint a tágulás vagy szűkület kifejlődése a fekélyesedés idejétől, az intraparietalis terjedés gyorsaságától és a daganat sejtdúságától függ; mennél gyorsabban hatja át valamely sarkoma a bélfal rugalmas izomrétegét, mennél sejtdúsabb, tehát mennél kötőszövetsegeyebb, s mennél gyorsabban fekélyesedik a bélbéli sarkoma, annál inkább okoz tágulást. Magyarozatát leli pedig ez a tulajdonság első sorban a sarkomák azon általános, pathohistologikus jellegében, hogy kötőszövetes vázuk szaporodásra egyáltalában nem hajlandó,

Górcsövi szerkezetük szerint *Lecène* az eddig ismert vékonybél-sarkomákat helyesen két csoportra: a gömbsejtű és orsósejtű sarkomákra osztja, az előbbieket közé sorozva a határozottan gömbsejtű sarkomáknak és a lymphosarkomáknak elnevezett eseteket. A vastagbél sarkomáira vonatkozólag részletesen kifejtettük, hogy mindaddig, míg a lymphosarkoma fogalmát megállapítva nem látjuk, nem tartjuk indokoltnak s keresztlülvihetőnek a két sarkomafaj elkülönítését, ugyanaz okból a vékonybél sarkomáira vonatkozólag is teljesen kielégítőnek tartjuk e felosztást.

A *klinikai* tünetek oly sokszerűek, hogy egybefoglalásuk csakis bonczitani osztályokon belül lehetséges. A gyomortünetek, főleg a hányás, a béltünetek, nevezetesen a diarrhoea és a szék-szorulás, a fájdalmas, időszakos görcsök, tartós spontán és nyomási fájdalmak, a kitapintható daganat és annak jellegző tünetei, nagysága, alakja, mozgathatósága, kopogtatási viszonyok, relációk a környezethez, olyannyira a bonczitani elhelyezéstől függő tényezők, hogy egységes képpé össze nem hozhatók. A hőmérsék magatartása, az általános testi erő, az egész has állapota, az áttételek tisztán másodlagos jelentőségűek. Mindezen jelenségek a daganat bonczitani localisatioja mellett a beszűrődés kiterjedésének, fekélyesedésének, sejtdúságának, az esetleg fennálló tágulásnak vagy szűkülésnek, a másodlagosan kifejlődő tágulásnak vagy túltengésnek, valamint a szövödményként fellépő hashártyagyuladásnak és következményeinek — összenövés, leszorítás, szögletbe törés — eredői. A kérdés az, vajjon a sarkoma okozta bonczitani elváltozások között van-e olyan, a mely függetlenül a localisatióktól képes mindezen tünetek magyarázatául szolgálni.

S ezt a közös vonást a sarkománál az infiltratív hajlamban, a mely az áthatott bélfalrétegek izomelemeinek sorvadásával jár, és a sarkomás szövetben utólagos zsugorodás kimaradásával volnék hajlandó magyarázni, azzal, más szóval, hogy a sarkoma kifejlődésének bizonyos szakában a beszűrődött terület hűdéséhez vezet. Ilyen körülmények között klinice mellékes az a kérdés, hogy okoz-e a sarkoma szűkületet, vagy nem; azt tartom, hogy minden sarkoma fejlődésének kezdetén, a mikor talán klinikailag még gyanúja sem forog fenn a béldaganatnak, szűküléssel jár; későbbi magatartása a fent elősorolt tényezőktől függ. A fontos az, hogy

a bélsarkoma épen klinikai megjelenése idején, tehát bizonyos nagyság mellett mindenkor kisebb-nagyobb kiterjedésű bélhűdést okoz annak összes következményeivel. A bélhűdés tünetei az egyes esetben a bennlús helyétől és kiterjedésétől függnek s a vékonybél-sarkomáknál említett sokszerű képet eredményezik.

Közlemény a hamburgi „Edmundstal“ tüdőbeteg-sanatoriumból. (Főorvos: Ritter dr.)

Denys tuberculinjával szerzett tapasztalatainkról.

Irta *Lévy Lajos* dr., az intézet női osztályának v. alorvosa.

Ha ma *Goetsch* elveit követve, a tuberculin-kúra észszerű elvégzésének első és főkéllékét abban látjuk, hogy lehetőleg lázas reakciók nélkül tuberculinizáljunk, úgy teljesen jogosult oly készítmény keresése, mely a tüdőfolyamatot ép oly kedvezően befolyásolja, mint a régi *Koch*-féle tuberculin, a nélkül azonban, hogy ennek bizonytalan és kiszámíthatlan lázokozó hatásával bírna. Sokszoros tapasztalat szól a mellett, hogy tuberculinnal ép oly kedvező eredmény érhető el minden lázas reactio nélkül, mintha a kezelt betegek minden egyes befeeskendésre erős lázzal reagálnának. Ha ez így van, úgy, tekintve azt, hogy a tuberculin hatásmódját egyáltalán nem ismerjük, mindenesetre kissé merész eljárás betegünknek, csupán csak tetszetős elméletek kedvéért, lázas reakciókat provokálni. És így mindenki, ki *Goetsch* óvatos eljárását követi, örömet használna *Koch* készítményénél enyhébb hatású tuberculint. *Denys*, a louvaini egyetem bakteriológia tanára 1896 óta hirdeti már,¹ hogy tuberculinja a *Koch*-félét minden tekintetben felülmúlja. Nehány hét előtt *Frey* hangsúlyozta figyelemreméltó tanulmányában, hogy tapasztalata szerint a *Denys*-féle tuberculin a *Koch*-fével vetekedik jó hatásában és egyúttal könnyebben és biztosabban lehet láztalanul alkalmazni. E készítmény összehasonlító vizsgálata a *Koch*-féle tuberculinnal szemben annál inkább szükségesnek látszott, mert a német tuberculosos-irodalomban *Denys* készítményéről csak igen kevés adatra akadunk. *Moeller* egészen röviden említi meg; *Jolles* a tuberculin chemiájáról szóló dolgozatában pedig fel sem említi. Pedig *Denys* közleményei, melyek szerint „a bouillon filtré állandó erejű hatóanyag; leghatásosabb gyógyszerünk; tízszer meg százszor hatásosabb mint *Koch* régi tuberculinja“, sürgősen felhivnak összehasonlító vizsgálatra.

Denys tuberculinja úgy készül, hogy tuberculosos-bacillusnak glicerín-pepton-bouillon tenyésztését porezellánhengeren átszűri; az így nyert bacillusmentes folyadék *Denys* tuberculinja. E folyadékot azután, melyet *Denys* T III-mal jelöl meg, felhígítja hétféle koncentracióban. E steril hígításokat 5 cm³-es üvegcsekben a louvaini bakteriológiai intézet hozta forgalomba. Azt mondja *Denys*, hogy készítménye abban különbözik a régi *Koch*-féletől, hogy fel nem melegíti besűrítés céljából és a T R-tuberculintól abban, hogy a bacillusoknak csakis secretiós termékeit tartalmazza és nem testük anyagát. Számos állatkísérlete alapján azt állítja, hogy készítménye antibakterios és antitoxikus hatásokat vált ki. Ezért ajánlja a tuberculosos gyógykezelésére. Mivel mi ezúttal csak összehasonlítani akarjuk e készítményt *Koch* régi tuberculinjával,² e nézetek megvitatásától eltekinthetünk.

19 egyénbe fecskendeztünk *Denys*-féle tuberculint. 5 esetben diagnostikus célból, 8 esetet therapeutikus kúrának vetettünk alá és 6 esetben oly egyéneknek, kiket előzőleg *Koch*-féle tuberculinnal kezeltünk, egyszer-egyszer *Denys*-félét fecskendeztünk be, hogy magatartásukat vele szemben megállapíthassuk. A probatorius fecskendéseknek 1—3—5 vagy 3—6 mgm.-ot fecskendeztünk be 4—5 napos időközökben; a therapiás fecskendéseket *Denys*-nek *Goetsch* előírásával azonos szabályai szerint akkép eszközöltük, hogy 1/100 mgm.-os adagokkal kezdve, 3—4 naponként ismételve a befecskendést, az adagokat 1/10 cm³-rel növeltük, vagy az előző adagnál megmaradtunk a szerint, vajjon a megelőző befecskendésre lázas lett-e a beteg, illetve lázas reactioja elmúlt-e vagy nem?

¹ Lásd különböző közleményeit a belga orvosi akadémia kiadványaiban.

² A következőkben *Denys* készítményét T D-vel, *Koch* régi tuberculinját T K-vel jelöljük.

I. Próbabefecskendések.

1. K. H., 21 éves, felvétetett 1905. január 3.-án.

Apja révén terhelt. Négy hó előtt jobboldali pleuritist állott ki. Gyengén táplált, hajlamos alkatú nő. Tüdőlelete Turban szerint: I. stadium. Mindkét csúcs felett elől a II. bordáig, hátul a lapoczká közepéig a kopogtatási hang rövidebb, jobboldalt hátul alul három ujjnyi széles tompult kopogtatási hangot adó terület van. Jobboldalt elől és baloldalt elől érdes vesicobronchialis légzés, hátul egyes finom hólyagú száraz szörtyzörejeiktől kísérve hallható. JH A gyengült sejtés légzés megnyúlt kilégzéssel. Vérkeringési szervek, idegrendszer normalis lelettel bírnak. Vizeletben nincs se fehérje, se cukor.

Beteg jelenleg sem nem köhög, sem köpetet nem ürít. Javulása szépen megindult; testsúlya 51.3 kgm.-ról hat hét alatt 54.5 kgm.-ra emelkedett. Többszörös vizsgálat alkalmával a felvételtől észlelt szörtyzörejeiket többé nem hallottuk. Február 15.-én megmagyaráztuk a betegnek, hogy terheltsége, meg előrement mellhártyalobja miatt minden további lépés előtt fontos lenne bajáról biztosan megállapítani, vajjon gümös természetű-e vagy nem? A beteg beleegyezett a próbabefecskendések eszközésébe, de mivel e napon hőmérséke 37.5° C.-ra szökkent fel (izgalom?), február 16.-án 0.5% carbol-oldattal úgynevezett injectio spuriát végeztünk. Február 17.-én végre 2 mgm. TD-t fecskendeztünk be. Mivel csak a harmadik napon és akkor is csekély hőemelkedés jelentkezett, február 20.-án 5 mgm. TD-t fecskendeztünk be. De a következő napokon sem lázas, sem helyi reactio nem jelentkezett. Ezért február 23.-án 3 mgm. TK-t fecskendeztünk be, mire erős, 4 napig elhúzódó lázas reactio jelentkezett, melyet mint localis reactio JHF finom hólyagú nedves szörtyzörejek kísérték; a beteg hőmérséke három napon át 39° C. körül ingadozott.

2. G. A., 16 éves, felvétetett 1905. január 10.-én.

Nem terhelt; 12 éves korában tüdőgyuladása volt. 8 hét óta gyengeség és köhögés. Köhögése azonban felvételekor már elmulott.

Jól fejlett és jól táplált leányka. Tüdőlelete Turban szerint: I. stadium. Mindkét csúcs felett elől a kulcsontig, jobboldalt hátul a válltővisig rövidebb kopogtatási hang. JF vesicobronchialis, BF érdes, nem tiszta vesicobronchialis légzés hallható. Kis struma; Marie-féle tremor; Möbius-féle szemtünet; tachycardia (incomplet Basedow?).

Január 27.-én 1 mgm. TD-t fecskendeztünk be reactio nélkül. Január 30.-án 3 mgm., majd február 9.-én 6 mgm. TD-t fecskendeztünk be lázas reactio nélkül. Február 10.-én JHF és BHF érdes bronchovesicularis légzést találtunk egyes kishólyagú nedves szörtyzörejeiktől kísérve. E jelenséget localis reactionak tekintettük. Összehasonlítás céljából azután február 13.-án 1 mgm. TK-t és 16.-án 3 mgm. TK-t fecskendeztünk be, mire 37.7° C.-ra emelkedő gyenge hőelevatio, nagyfokú általános gyengeség és erős fejfájás lepték meg a beteget. A localis reactiók jelenségeinek megszaporodását nem észleltük. Február 24.-én szörtyzörejeiket már nem hallottunk.

3. M. Chr., 28 éves, felvétetett 1905. február 4.-én.

Szülei tüdőgümőkórban haltak el. Gyermekkorában conjunctivitis és keratitis scrophulosa állott ki. Serdülő leánykorában chlorosisa volt. Fél év óta hátfájdalmai vannak. Általános gyengeségről panaszkodik. Ez idő alatt sem köhögése, sem lázai, sem éjjeli izzadása nem voltak.

Jól táplált, hajlamos alkatú nő. Tüdőlelete Turban szerint: I. stadium. Mindkét csúcs felett elől a II. bordáig, hátul a válltővisig rövidebb kopogtatási hang nyerhető. JEF és JHF érdes bronchovesicularis légzés megnyúlt kilégzéssel, BEF és BHF éles vesicobronchialis légzés megnyúlt kilégzéssel hallható. Szörtyzörejeiket nem hallottunk. E kiterjedt légzési eltérések és további hurutos tünetek teljes hiánya indokolták a próbabefecskendést. Sem 1, sem 3, sőt 6 mgm. TD-re sem jelentkezett lázas vagy helyi reactio. Február 20.-án befecskendezett 3 mgm. TK-ra erős lázas reactio, 39.4° C.-ra szökő hőemelkedéssel jelentkezett; helyi reactiokepen pedig JHF néhány kishólyagú száraz szörtyzöreje, valamint a jobboldali csuklyásizom mellső szélén három mandolanagyságú mirigy lépett fel. Március 6.-án úgy a mirigyek, mint a szörtyzörejek eltűntek.

4. A. P., 29 éves, felvétetett 1905. február 7.-én.

Anyja régebben gümőkórban szenvedett; férje gümőkóros; egyetlen gyermeke scrophulosisos, valószínűleg idült hashártya-tuberculosison ment át. 4—5 hó óta általános gyengeséget észlelt magán, időnként enyhébb hőemelkedései vannak.

Jól táplált, hajlamos alkatú beteg, kinél kifejezett Basedow-tünetek észlelhetők: struma, kéztremor, Möbius-féle tünet, nyistagmus horizontalis oculor., tachycardiás rohamok, valamint hirtelen jelentkező hasmenések.

Tüdőlelete Turban szerint: I. stadium. Mindkét csúcs felett rövidebb kopogtatási hang nyerhető. JF bronchovesicularis légzés megnyúlt kilégzéssel; BF ugyanez és BFH számos apróhólyagú száraz szörtyzöreje hallható.

Február 13.-án befecskendett 3 mgm. TD-re, valamint 16.-án adott 6 mgm.-ra semmi reactio sem jelentkezett. Majd február 20.-án 3 mgm. TK-ra 38.5° C.-ra felemelkedő lázas reactio lépett fel; localis reactiokep pedig BEF néhány kishólyagú nedves szörtyzöreje jelentkezett.

5. J. V., 18 éves leány, felvétetett 1905. január 31.-én.

Nem terhelt. 9 éves kora óta köhög, gyakran van vérköpése.

Jól táplált, hajlamos alkatú beteg. Tüdőlelete Turban szerint III. stadium. JE a II. bordáig, JH a lapoczká közepéig, BE a II. bordáig, BH a válltővisig rövidült kop. hang nyerhető. JE a máj felső széléig, hátul végig le bronchovesicularis légzés számos középhólyagú száraz szörtyzörejeiktől kísérve hallható: a szörtyzörejek lefelé sűrűbben egymás mellett hallhatók. Az egész jobb tüdő felett ezeken kívül száraz füttyhangok is hallhatók. Baloldalt elől és hátul éles bronchovesicularis légzés hallható. Beteg köpetében tuberculosis-bacillus kimutatható.

Ez eset sem reagált 1, 3 és 6 mgm. TD-re; 3 mgm. TK-ra azonban heves lázas reactio lépett fel; localis reactiokep a jelenlevő szörtyzörejek lényeges megszaporodását és nedvessé változását állapítottuk meg. Mivel a beteg egyszerű physikalisdiaetikus kúrára renyhén reagált, március 9.-én TK-val tuberculin-kúrát akartunk elkezdni. Véletlen folytán 1/10 mgm. helyett 1 mgm. TK-t fecskendeztünk be, mire újabb lázas reactio lépett fel (38.2 C.-ig). E reactio elmúltával megkezdtük a kúrát és a kis adagokat jól tűri a beteg.

Mind az öt kísérletünk egyértelmű eredményre vezetett. A Koch-féle tuberculin lázas reactio kiváltásában kétségtelenül felette áll a Denys-félének. Így 5. esetünkben 1 mgm. TK-ra teljesen kielégítő lázas reactiót kaptunk, míg ugyanaz a beteg 6 mgm. TD-re nem ragált.

Nem következtethető e kísérletekből azonban az, hogy e készítmény teljesen hatástalan, mert 2. esetünkben lázas reactio nélkül biztos helyi reactio jelentkezett.

Ez a tény emeli a Denys-féle tuberculin értékét.

Különböző véleménynyel lehetünk a tuberculin-reactio értéke felől; a lázas reactioiban csakis tuberculin-érzékenység nyilvánulását láthatjuk, a melyről külön megállapítandó, vajjon ez érzékenység biztosan tuberculosis mellett szól-e? Arról azonban nem lehetünk kétségben, hogy a localis reactio olyan jelenség, melyet a tuberculin behatására következő szöveti elváltozások hoznak létre, tehát biztos és kétségtelen jele gümös megbetegedésnek.

Ha most a Denys-féle készítmény localis reactiojelenségeket gyorsabban és biztosabban vált ki, mint a TK, és főképen lázas reactio nélkül, úgy ebben értékes fölényét kell látnunk. Hogy ez mindig így van, annak eldöntésére észleleteink száma kevés; de ily viselkedés lehetőségére határozottan utalnak.

A Denys-féle készítmény probatorius értékéről ezek szerint azt kell mondanunk, hogy localis reactiót előidézhetünk vele, azonban lázas reactio kiváltásában a Koch-féle készítmény felette áll.

E tapasztalatunk ellentétben áll Denys kísérleteivel, melyeket Frey idéz. „Denys meghatározta új betegeinél a Koch-féle tuberculin ama mennyiségét, melylyel kétségtelen diagnosztikus tuberculin-reactiót elérhetett. 8—10 napi szünet után (cumulációs hatás elkerülése végett) „bouillon filtré“-t fecskendett be és ekkor kiderült, hogy 10-szer, sőt 100-szor kisebb adaggal ugyanoly reactiót válthatott ki, mint megelőzőleg a Koch-féle tuberculin. Másfelől, ha előbb a szükséges Denys-féle tuberculin-adagot hatá-

rozzuk meg, ugyanoly reakcióhoz a Koch-féle tuberculin 10-szeres, sőt 100-szoros adagja volt szükséges. A nélkül, hogy annak megvitatásához fognánk, mit is tartott Denys e kísérleteiben biztos tuberculin reakciónak, röviden csak arra utalunk, hogy a mi észleleteink ép ellenkező viselkedést mutattak. Korántsem akarjuk ezzel azt állítani, hogy a Denys-féle tuberculin lázat sohasem okoz, gyógykezelt eseteink között kettőnél már $\frac{1}{100}$ mgm. befecskendése után 38° C.-nál magasabb reakciót láttunk. Azonban azt észleleteink biztosan mutatják, hogy lázas reakciót Koch-féle tuberculin kisebb adagaival és biztosabban lehet kiváltani. Kizártnak kell tekintenünk azt, hogy az e két kísérleti sorozatban felmerült ellentmondást a betegek individualis különbségei okozták. Azt tartjuk inkább valószínűnek, hogy vagy Denys használt kísérleteihez gyengébb Koch-féle készítményt, vagy mi jutottunk gyengébb Denys-féle tuberculinhoz.

II. Gyógykezelt esetek.

1. Sch. Chr., 18 éves, felvétetett 1904. augusztus 20.-án.

Nem terhelt. Gyermekkorában kanyarót, pertussist és két ízben tüdőgyuladást állott ki. 4 évvel ezelőtt jobboldali mellhártyalobja volt. Nehány hét előtt többször ismétlődő vérköpés.

Felvételtkor igen keveset köhög és kevés köpetet ürít. Köpete nyákos-gegyes, tuberculosis-bacillusokat tartalmaz.

Jól táplált, nem hajlamos alkatú beteg. Tüdőlelete Turban szerint: I. stadium.

Mindkét csúcs felett elül a II. bordáig, hátul a válltővisig rövidebb kopogtatási hang nyerhető. JHA 4 ujjnyi széles, tompult kopogtatási hangot adó sáv állapítható meg. JF valamint BF a rövidült kopogtatási hangot adó területen gyengült bronchovesicularis légzés hallható néhány középhólyagú száraz szörtyzörejjel. Mivel a beteg testsúlya október 28.-áig 45.8 kgm.-ról 52.5 kgm.-ra gyarapodott és közérzete is megjavult, indokoltnak tartottuk tuberculin-kúra megkezdését. Október 28.-tól december 15. éig hetenként kétszer ismételt befecskendésekkel 0.0001 TK-ról 0.004 gm.-ig jutottunk el; mivel azonban a beteg testsúlya állandóan csökkent és csekély fokú hőmérsékemelkedés állandóan fellépett, a kúrát félbeszakítottuk. 1905. január 9.-én Denys-féle tuberculinnal újból megkísérlettük specifikus kezelését; az első adag 0.0005 TD volt. A beteg e tuberculin befecskendéseket igen jól el tűrtte, úgy, hogy február 27.-én 0.006 gm. TD-ig eljutottunk. Ez adagot 4 napi időközben háromszor megismételtük és március 9.-én ugyanannyi (0.006) TK-t fecskendeztünk be, mire igen heves lázas reactio állott be. Ennek lezajlása után a kúrát nem folytattuk a beteg tartós étvágytalansága és csekély súlycsökkenése miatt.

Úgy a TK, mint a TD befecskendések ideje alatt a tüdő-elváltozások kétségtelen befolyásoltságát a tuberculin által észleltük. A beteg köpetéből a tuberculosis-bacillusok is állandóan eltűntek.

2. St. B., 19 éves, felvétetett 1904. október 8.-án, elbocsátatott 1905. február 2.-án.

Atyja révén terhelt. Beteg évek óta tüdőbeteg, 1903-ban kúrát végzett intézetünkben.

Gyengén táplált, hajlamos alkatú beteg. Tüdőlelete Turban szerint: I. st. Mindkét csúcs felett elül a II. bordáig, hátul a válltővisig rövidült kop. hang kapható. JHA gyengén tompult kop. hangot kapunk. A rövidült kop. hang területén érdes bronchovesicularis légzés, JHA érdes, sejtés légzés hallható. Szörtyzörejt sehol sem hallottunk. A megelőző kúra csekély eredménye arra indított, hogy TK kúrát alkalmazzunk. Október 31.-tól december 19. ig 0.001-ről 0.005-ig jutottunk el; erősebb lázas reactio és a tüdőlelet elváltozásai kísérték e befecskendéseket. Végül a láz miatt abba kellett hagynunk a kúrát. 1905. január 9.-től kezdve kísérletképen Denys féle tuberculint fecskendeztünk be; 0.0002 TD-től január 30.-áig 0.0005-ig jutottunk el, a mikor a kúrát külső okokból abba kellett hagynunk. A beteg e befecskendéseket láz nélkül tűrtte el; testsúlya is gyarapodott. Távozásakor mind a két csúcsa felett érdes bronchovesicularis légzést hallottunk; az első befecskendések után fellépett számos nedves szörtyzörejt eltűnt.

3. K. A., 20 éves, felvétetett 1904. november 11.-én. Atyja révén terhelt. 6 hónap előtt influenzája volt; utána vérköpése.

Jól táplált, nem hajlamos alkatú beteg. Tüdőlelete Turban szerint: III. st. JEF a kulcsesontig, JHF a lapoczká közepéig, BEF az I. bordáig, BHF a lapoczká szögletéig rövidebb kop. hang kapható. Jobboldalt a rövidebb kop. hang területén gyengült sejtés légzés, szétszórt finom hólyagú nedves szörtyzörejekkel. Baloldalt mindkét lebeny felett éles vesicobronchialis belégzés megnyúlt kilégzéssel és számos apró, meg középhólyagú száraz szörtyzörejjel hallható. A köpetben tuberculosis-bacillus található.

A beteg állandóan láztalan volta, valamint jó közérzete arra indítottak, hogy Denys-féle tuberculinnal kúrát kezdjünk. 1905. január 9.-től március 6.-áig 0.00001 gm.-ról 0.003-ig jutottunk el minden lázas reactio nélkül, azonban a lokális elváltozások kétségtelen befolyásolása mellett. Március 9.-én 0.003 TK-t fecskendeztünk be, mire erős lázas reactio köszöntött be.

E lázas reactio elmúltával ismét TD-vel fecskendeztünk, a nélkül, hogy nagyobb adagjai lázat okoztak volna.

4. N. Fr., 23 éves, felvétetett 1904. december 17.-én. Nem terhelt. Évek óta súlyos vérköpési rohamai vannak.

Rosszul táplált, hajlamos alkatú beteg. Tüdőlelete Turban szerint: III. st. Mindkét oldalt elül a II. bordáig, hátul a lapoczká közepéig rövidebb kop. hangot kaptunk. JEF és JHF gyengült sejtés légzés néhány kishólyagú száraz szörtyzörejjel hallható; baloldalt mindkét lebeny felett éles vesicobronchialis légzés igen sok apró hólyagú száraz szörtyzörejtől kísérve hallható. Köpetében tuberculosis-bacillus található.

A betegség lefolyása subfebrilis; esténként a hőmérséklete 38 C.-ra emelkedik. Igen óvatos befecskendések TD-vel; január 9.-én 0.00001 gm.-mal kezdtük el, 8 napi időközben ismételve. Az első befecskendések észrevehetően csökkentették a hőmérsékletet. Február 16.-án hirtelen beállt igen erős vérköpés a kúra folytatásának végét vetett.

5. A. E., 20 éves, felvétetett 1904. december 27.-én. Anyja révén terhelt. 5 hó előtt kétoldali mellhártyalobja volt. Évek óta köhög.

Gyengén táplált, hajlamos alkatú beteg. Tüdőlelete Turban szerint: III. st. Mindkét csúcsa felett elül a II. bordáig, hátul a lapoczká közepéig rövidebb kop. hang kapható. Úgy jobb, mint baloldalt a tüdő egész terjedelmén gyengült sejtés légzés megnyúlt kilégzéssel és igen számos kis-, közép- meg nagyhólyagú nedves szörtyzörejjel volt hallható.

A köpetben tuberculosis-bacillus volt található. A beteg láztalan volta, valamint tüdőelváltozásainak ugyan kiterjedt, de disseminált volta tuberculin-kúra eredményességére engednek következtetni. 1905. január 9.-től március 10.-éig 0.00001 TD-ről 0.002-ig jutottunk el lázas reactio nélkül. Eleinte kifejezett lokális reactio jelenségeit észlelhetünk a tüdőknön, majd jelentékeny javulását a hurutos jelenségeknek. A beteg testsúlya tetemesen gyarapodott: 45.0 kgm.-ról 53.7 kgm.-ra; közérzetének tartós javulása a tuberculin-kúra folytatását indokolja. Tuberculosis-bacillust köpetében az utolsó vizsgálatok alkalmával nem találtunk.

6. Pr. M., 55 éves, felvétetett 1905. január 3.-án, elbocsátatott március 19.-én.

Szülei révén terhelt; évek óta tüdőbeteg. Rosszul táplált, hajlamos alkatú beteg. Tüdőlelete Turban szerint: III. st. JF elül a III. bordáig, hátul a válltővisig rövidebb kopogtatási hang nyerhető; BEF a kulcsesontig tompult kopogtatási hang nyerhető. JF éles vesicobronchialis légzés megnyúlt kilégzéssel és számos apró meg közepes hólyagú száraz szörtyzörejjel; hátul végig le hasonló szörtyzörejek hallhatók. BFE gyengült sejtés légzés kishólyagú csengő szörtyzörejekkel, BH ugyanily légzés elszórt kishólyagú száraz szörtyzörejekkel. Arteriosclerosis; mindkét kéz ujjain Raynaud-féle betegség. Köpetében sok tuberculosis-bacillus található. Esténként enyhe hőmérsékletemelkedés észlelhető. 0.00001 gm. TD-re lázas reactio. TK adagokra szintén. Úgy a tuberculin-kúrát, mint az intézeti kezelést mint arra alkalmatlan betegnél abbahagytuk.

7. H. M., 30 éves, felvétetett 1905. január 17.-én.

Nem terhelt. Évek óta tüdőbeteg; gyakori vérköpésben szenved. Más helyeken eszközölt kúrának csekély eredménye volt.

Jól táplált, nem hajlamos alkatú beteg. Tüdőlelete Turban szerint: III. stadium. JEF a harmadik bordáig, JHF a lapoczká közepéig rövidebb kopogtatási hang kapható; BEF a kulcs-

esontig tompult kopogtatási hang kapható. BHF a válltővisig rövidebb kopogtatási hangot kaptunk. JE gyengült bronchovesicularis légzés, igen sok kishólyagú nedves szörtyzörejje hallható, JHF szintén. Baloldalt a hallgatódzás lelete olyan mint jobboldalt; a szörtyzörejek még számosabbak. A köpetben sok tuberculosis-bacillus volt.

Január 23.-án megkezdjük a TD-kúrát 0.00001 gm.-mal és március 10.-éig 0.002-ig jutottunk el minden lázas reactio nélkül. A hurutos jelenségek eleinte megsaporodtak, majd lényegesen csökkentek; tuberculosis-bacillus még mindig van a köpetben. A tuberculin-kúrát folytatjuk, mert a beteg közérzete jó és súlya állandóan gyarapszik (51.8—57.7 kgm.).

S. F. Fr., 31 éves, felvétetett 1905. január 17.-én, elbocsátott március 15.-én.

Nem terhelt. Öt hó óta többször vérköpeése volt; egy ízben e miatt kórházban volt, hol köpetében tuberculosis-bacillust találtak.

Jól táplált, hajlamos alkatú beteg. Tüdőlelete Turban szerint: II. stadium. JEF a III. bordáig, JHF le végig, BEF a kulesontig, BHF a lapoczká közepéig rövidebb kopogtatási hang kapható. JEF és JHF éles sejtes légzés megnyúlt kilégzéssel; elsórt apróhólyagú száraz szörtyzörejje; BEF és BHF érdes bronchovesicularis légzés hallható. Köpetében tuberculosis bacillus nem található.

Február 4.-én 0.0001 TK-val kezdtük el a tuberculin-kúrát. Már a második befecskendésre lázas reactio súlyos általános tünetekkel lépett fel, úgy hogy a befecskendést abbahagytuk. Több láztalan nap után február 26.-án 0.0001 TD vel kezdtük el fecskendezni. Március 13.-áig 0.0004-ig jutottunk el lázas reactio nélkül; a befecskendésekre a beteg közérzete sem rosszabbodott. Még a TK befecskendések alatt BEF kishólyagú száraz szörtyzörejek jelentkeztek localis reactiokepen.

A beteg hirtelen elbocsátása miatt a kúrát félbe kellett szakítanunk.

Nem kell bővebben indokolnunk, hogy e néhány és aránylag csak rövid ideig kezelt esetből végleges ítéletet a Denys féle készítményről nem mondhatunk. Ehhez nagyszámú és hosszú időre kiterjedő észlelet szükséges.

Intézetünkben a Denys-féle tuberculin további használata contemplálatik, melyről más alkalommal fog volt főnököm Ritter dr. beszámolni. Akkor kívánunk arra a kérdésre is megfelelni, vajjon a Denys-féle készítménnyel gyorsabban és kisebb adagokkal juthatunk-e eredményhez, mint a Koch-félével?

Ha a tuberculin gyógyhatásáról azt hisszük, hogy nem a tuberculin megszokása egyedüli célja, hanem Koch felvétele értelmében a gümösen elváltozott szövetek histochemiai befolyásolását várjuk tőle, úgy a két készítmény egybevetését szerfelett megnehezíti, hogy a legpontosabb tüdőlelet sem adja meg a tüdők anatómiai elváltozásának biztos képét. Ezenfelül a tuberculin iránti viselkedés egyénenként oly eltérő, hogy biztos ítéletre csak igen sok eset észleletéből juthatunk.

Ha azonban therapiás kísérleteinket ezúttal már megemlítjük, úgy ezt azért tesszük, mert a therapiás befecskendések tapasztalatai csak megerősítik a diagnostikus injectiókkal tett tapasztalatainkat, továbbá mert a készítmény bizonyos jó tulajdonságára óhajtunk figyelmeztetni.

A Denys-féle tuberculin therapiás fecskendéseinkben is gyengébb, enyhébb hatásának bizonyult. Enyhébbnek azért kell mondanunk, mert oly adagjai, melyek TK-ból heves lázas reactiót provokálnak, minden lázas reactio nélkül alkalmazhatók.

Közölt eseteinken kívül 6 TK-val kezelt egyénnél egyszer egyszer vagy a legutolsó adagnak megfelelő, vagy annál nagyobb mennyiségét a Denys-féle tuberculinnak fecskendeztük be, és sohasem láttunk lázas reactiót.

Ezzel korántsem akarjuk azt mondani, hogy a Denys féle készítmény hatástalan. Hiszen két esetünkben már 1/100 mgm.-nyi adagra lázas reactiót kaptunk. Továbbá minden befecskendezett esetünkben kétségtelen helyi reactiót kaptunk annak jeléül, hogy a tuberculosisos tüdőelváltozásra specifikus hatást gyakorol. Ha némi quantitativ következtetést akarnánk eddigi eseteinkből levonni, úgy azt kellene mondanunk, hogy a Denys-féle tuberculinból kisebb adagok képesek localis reactiót kiváltani, mint a Koch-féléből.

A mi kísérleteinkből az az egy teljes bizonyossággal levonható, hogy a Denys-féle tuberculin kevésbé okoz lázas reactiót, mint a Koch-féle. Ezt tarthatta szem előtt Wildiers is, ki azt mondta, hogy a befecskendések ellenőrzésére: „la bascule est plus utile que le thermomètre”. És Denys-nek is kell ezt tudnia, mert legutolsó előírásaiban is a probatorius fecskendésekre a régi Koch-féle tuberculint ajánlja.

A Denys-féle tuberculin e sajátosságát előnyösnek kell tartanunk. Ha a tuberculin-kezelés célja a gümös tüdő localis befolyásolása, ha tehát localis isopathiára törekszünk, úgy a tuberculin-kúra alatt mindaddig arra kell törekednünk, hogy a lázas reactiókat elkerüljük, a míg nincs bebizonyítva, hogy kedvező hatást csak hőemelkedésekkel járó applicatioval lehet elérnünk. Hogy tuberculin-kúrát láz nélkül is lehet hatásosan alkalmazni, azt Goetsch, Denys stb. sok esete bizonyítja.

Ha tehát oly készítményhez juthatunk, mely a Koch-félével csak abban különbözik, hogy kevésbé okoz lázat, úgy azt előnyben kell részesítenünk. A Denys-féle készítmény enyhébb hatására valószínűleg nagy befolyással bír alkalmazásának óvatos és szigorú elve: „l'essence de la cure consiste à commencer par des doses très petites ne produisant pas de reaction ou n'en produisant que de faibles et à ne jamais offrir à l'économie plus de tuberculine qu'elle ne peut s'approprier”. Kísérleteinkből azonban kitünik az is, hogy a készítménynek a Koch-étől eltérő összetétele is bír erre befolyással.

Az otosclerosis phosphorkezelésének kérdéséhez.

Sugár K. Márton dr.-től Budapesten.

Az „Orvosi Hetilap” 1904. évfolyamának 28. számában és az „Archiv für Ohrenheilkunde” LVII. kötetében beszámoltam a thiosinaminkezeléssel nyert kedvező tapasztalataimról az idült középsőfülhurut egynemely alakjánál.

Közleményem célja volt mindenekelőtt, hogy bel- és külföldi kartársaim figyelmét e szerre felhívjam, e mellett a javالات pontosabb felállítását nagyobb anyaggal dolgozó szakértőkre, főképp klinikusokra bízom, mert az említett szerrel való komoly kísérletezés a fülészethben is minden irányban indokoltnak látszott.

Felhívásom nem hangzott el hiába, mert azóta három érdekes dolgozat jelent meg irodalmunkban a thiosinaminnak, illetve fibrolysinnek nevezett szerrel való kezeléssel.

Merc Eduard dr., a világhírű darmstadti vegyészeti gyár főnöke, kísérleteim iránt mindjárt német nyelven való közlésük után komolyan érdeklődött, a thiosinamin mindenekelőtt kifogástalanul tiszta vegyi formában állította elő és később a fibrolysinnek nevezett thiosinamin-salicylkeverékkel substituíta, mi által a vizes oldatok hosszabb ideig eltarthatását biztosította.

Az „Archiv für Ohrenheilkunde” LXIV. kötetében Hirschland dr., ismert filorvos Wiesbadenben, hivatkozva a thiosinaminnal nyert kedvező tapasztalataimra, beszámol saját, nem kevésbé sikeres észleleteiről, a kezelés javالاتait elismerésre méltó pontossággal részletezi és adataimat egész terjedelmükben meg erősíti.

Hasonló melegséggel szállt mellettem sikra S. Mc Cullough, a „Section in otology of the New-York academy of medicine” nevű tudós társaságnak, illetve szakosztálynak folyó évi január 12.-én tartott nagygyűlésén, mint ezt az „Internat. Centralblatt f. Ohrenheilkunde” 3. kötetének 7. füzetéből (265. lap) kiveszem. Továbbá Kassel Carl Posenben a „Zeitschrift für Ohrenheilkunde” L. kötetének 1. füzetében; ez utóbbi szerző Hartmann berlini egyetemi tanár buzdítására dolgozatomban megjelenésének hatása alatt és chronologie ez után, kísérletezett a szerrel, megerősítve annak kedvező helybeli behatását heges folyamatokra a belső fülben, míg otosclerosisnál nagyfokú könnyebbülést és hallásjavulást észlelt.

Nem tagadhatom el azonban e helyen, hogy Brieger Breslauban a dolgozatomból szóló és később a Hirschland munkájáról való referatumban röviden saját észleleteiről is tesz említést, mely szerint az említett szer az Eustach-kürt szűkületeinél, hol első sorban javalt, sokszor cserben hagy, s ekkép csak részben erősíti meg tapasztalataimat; de biztosra veszem, hogy

az alkalmas esetek pontosabb kiválasztása után módosítani fogja véleményét *Brieger* is, annál is inkább, mert azóta francia szerzők is kedvező sikerrel használták a szert.

Már fentemlített dolgozatomban utaltam esetleges balsikerekre is, inveterált esetekben, különösen pedig a *Siebenmann* baseli egyetemi tanár által boncztanilag leírt tömkelegtök spongiosussá válása eseteiben és megemlékeztem az ezen szerző által ajánlott phosphorkezelésről, melylyel e helyen behatódobban kívánok foglalkozni.

Siebenmann álláspontját *Denker* erlangeni tanárnak az otosclerosisról írt szép könyvében találjuk a legpraecisebben kifejtve. Ez utóbbi szerző *Siebenmann*-nak a német otologusok 1903. évi wiesbadeni congressusán tartott előadására hivatkozik és körülbelül a következőket emeli ki.

Wegner és *Mirwa* vizsgálatai alapján, kik kimutatták, hogy a phosphor rationalis adagolása által sikerül a normalis spongiosacsontszövet képződését legalább a csöves csontokban megakadályozni és a compact-csont productioját előmozdítani, csontos kengetelanchylosis esetében *Siebenmann* a *Kassowitz*-tól angolkór ellen ajánlott phosphoremulsiót (0.01:100.0 Ol. Jecoris Aselli) 1—2 evőkanállal naponta ajánlja. A phosphorral ekkép kezelt betegek megközelítőleg 50%-ában sikerül a hallás rosszabbodását feltartóztatni, de szükséges, hogy a *Kassowitz*-féle emulsióból kétszer 10.0, vagy az 1%-os olajos oldatból kétszer 1.0 gm. pro die 2—3 évig adassék.

Siebenmann sohasem látott e gyógyszeres kezelésnél mérgezéseket és tapasztalatait megerősítették *Scheibe* müncheni magántanár, továbbá *Sporleder*, sőt ez utóbbi buvár egy erősen koncentrált *Kassowitz*-féle emulsióból (0.02—0.025:100.0) 1—2 evőkanállal ajánl napjában, a phosphort tehát oly adagokban rendeli, melyek lényegesen meghaladják a maximális dosist. Maga *Denker* ehhez ama kritikai megjegyzést fűzi, hogy ily magas adagoknak éveken át folytatott használata (a phosphor legmagasabb adagja 0.015 pro dosi! ad 0.05 pro die!) a phosphormérgezés lehetőségével fenyeget, bevallja azonban szintén, hogy ő is kedvező benyomást nyert a phosphortheraia alkalmazásáról *Siebenmann* vénye szerint.

Látszik tehát, hogy érdemes az otosclerosis phosphortheraiajával foglalkozni és e tárgyba elmélyedni.

A kérdés beható tanulmányozásakor két kérdés merül fel: Biztos alapon áll-e mindenekelőtt a phosphoradagolás és milyen alakban kebelezhetjük be a szervezet károsodása nélkül a phosphort? E kérdések eldöntésére szükséges, hogy tapasztalt pharmacologusok tanácsához forduljunk, mert *Siebenmann*-nak és követőinek állítása, hogy sohasem láttak intoxicatiót, nem eléggé szabatos, praesis. Ugyanis kis mennyiségben évekig adagolva nem okozza a phosphor a belgyógyászatból ismert szembeötlő mérgezési jelenségeket (sárgakórt, máj-, szív-, veseelhájasodást, gastradenitis phosphorica Virchow-i, a serosus hárták és nyákhárták ecchymosisát, haemorrhagiáját, lipaemiát stb.), hanem mint ezt *Wegner* alapvető munkájából a *Virchow*-féle intézetből tudjuk, indurativ gyomorlobot és idült interstitialis májgyuladást, csak nagyon későn sárgakórt és a májparenchyma sorvadását, végre májsugort. Nagyobb adagokban előtérbe lép a phosphor behatása az emésztő csatornára, míg a csontszövetre való hatás nem halad túl egy bizonyos határon.

Már ebből is kiviláglik, hogy a *Sporleder* által használt nagy adagok, tekintve, hogy a csontszövetre való hatás amúgy sem fokozható, nemcsak czéltalanok, hanem közvetlenül veszélyesek is.

Komoly aggályaim vannak az iránt is, vajjon helyén van-e a rhachitis és otosclerosis közötti analogia, tekintettel a két bántalom kórszövettani képe.

Kassowitz ugyanis a *Wegner*-féle kísérleteket hosszabb időn át emelkedő phosphoradagokkal folytatta és kimutatta: 1. hogy a phosphor nagy adagokban a növésben levő állatoknál a véredények tágulását idézi elő a legfiatalabb csontretekben, minek folytán az elmeszesedett porcz nagyobb mértékben csontosodik; 2. hogy a phosphor igen kis adagjai feltűnő mértékben gátolják a porczállomány normalis csontosodását és a szivacsos állományban oly változást okoznak, mely a véredényfejlődés gátlására utal.

Mint hogy pedig szerinte rhachitisnél az összes csontelváltozások oka a véredények tágulásából és újonnan való képződéséből eredő hyperaemia, azon gondolatra jutott, hogy a phosphor, mely az osteogen szövetekben a véredényképződést gátolja, már a priori is kedvező eredményeket ígér a rhachitis kezelésében.

Az otosclerosisnál talált kórboncztanai, illetve kórszövettani leletek némi analogiát mutatnak ugyan, a mennyiben különösen *Haabermann* gráci fülészstanár kiemeli, hogy a kórfolyamat a csontban a véredények mentén fejlődik, a betegség első stadiumban a régi csontnak oly beolvasztási folyamata létesül, mely új véredényeknek az újonnan képződött véredényesatornába való behatolása által támad. Utal e tekintetben *Schaffer J.* bécsi histologus tanár újabb dolgozatára, mely bebizonyította, hogy a hajszáledények falának sejteiből közvetlenül fejlődhetnek osteoklastok. A resorptiós folyamat befejezése után visszafejlődnek a véredények és osteoblastok által létesül a csontújképződés.

Feltűnik azonban, hogy otosclerosisnál a tömkelegtök tömött csontállománya mutat hajlamosságot előbb osteoid, később laza, szivacsos csontállománnyá való elváltozásra, ezt azonban azzal magyarázza *Siebenmann*, hogy a normalis tömkelegtök az egész életen át kivételesen gazdag elsődleges porczmaradványokban.

Valamint a porczmaradványok, melyek a hosszú csöves csontok diaphysise és epiphysise között vannak, csak juvenilis időben kezdenek elesontosodni, úgy kivételesen a csontos tömkelegben is oly kórfolyamatot látunk végbemenni, mely az ablakereten és az interglobularis üregekben levő porcz végleges eltűnésével végződik.

Siebenmann nem otitisnek tekinti a kórfolyamatot, hanem vonatkozással *Kölliker* és *Strelzoff* vizsgálataira, inkább oly növényi folyamat utolsó phasisának, mely rendes körülmények között nem fordul elő a sziklacsonban, de szabály más csontokban. A szivacsosodás legrégibb részleteit az endochondralisan képződött elsődleges tömkelegtök és a másodlagosan a csonthártya részéről apponált kötőszövetből eredő csont határára találta *Siebenmann*, a kórfolyamat tehát nem indul ki a csonthártyából és nem keletkezik primaer módon a labyrinth tokjában.

Egyes szerzők azonban metaplastikus csontújképződésről, hyperostosisról beszélnek, a véredényeknek tehát nem juttatnak különös szerepet. Így *Politzer* kóros csontújképződésről és nem a tömött csontállománynak szivacsos csonttá való átváltozásáról szól, hasonlóképen *Hanau*, ki mint kórboncznok mondott véleményt *Siebenmann* egynéhány eseteiről és az újonnan képződött csontot a periostból kiinduló, kötőszövetből származó metaplastikus csontnak, tehát a csont átalakulásával járó hyperostosisnak tartja.

Látjuk tehát, hogy az analogia kórszövettanilag sem teljes a rhachitissal, de az osteomaláciával sem, mert ennél a méstől mentes határterület méstelenített régi csont (halisteresis ossium, a csontsók feloldódása által), míg rhachitisnél újonnan képződött osteoid szövet.

De még angolkóránál is nagyon vitás a phosphor hatása *Kassowitz* bécsi gyermekgyógyász-tanár eredeti ajánlata szerint, sőt kiváló gyermekorvosok, mint *Henoch*, *Heubner*, *Baginski*, *Monti*, *H. Neumann*, *Comby* határozottan ellenzik e kezelést.

A kezelés ellenségeinek főérve az, hogy, mint ezt *Zweifel* tanár Lipcsében kimutatta és *Monti* tanár Bécsben nem tudja eléggé ismételtlen kiemelni, a legtöbb phosphorrendelésben egyáltalában hiányzik a phosphor vagy jóval csekélyebb mennyiségben van jelen, mint ezt az adagolásból elvárható, mert a phosphornak nagy rokonsága van az élenyhez, könnyen oxidálódik tehát hatástalan phosphorsavvá. *Zweifel* ezért azt ajánlja, hogy a phosphorolajat mindig frissen készíttessük, vagy csak kis, nyakig töltött palaczkokban és ne hosszú időre tegyük félre, ne nyissuk ki sokszor ez utóbbiakat; a phosphorolajnak készletben való tartása tehát nem tanácsos. *Monti* még tovább megy, direkte tagadásba veszi a metallikus phosphor specifikus hatását a csontokra, mert még a törzsoldatnak frissen való készítésekor és a pontosan kiszámított adag keverésekor savmentes csukamájolajjal is sikerül ugyan phosphort kis mennyiségben a gyomorba vinni, de alapos kétség van az iránt, vajjon változatlanul kerülhet-e ki oly kevés phosphor az emberi gyomorból még a legcsekélyebb

savképződés esetén is nem oxydált állapotban. Biztos továbbá, hogy a phosphornak hiányos oldása folytán olajban lecsapódik a phosphor, hogy a phosphorgőzök elillanása által fogy az illető oldatban meglévő phosphor mennyisége és végre sok zsírsavdús csukamájolajnál a phosphor oxydálása folytán hasonlóképen csökken a csukamáj phosphortartalma.

A phosphor 8—10 nap alatt csekély nyomok kivételével elpárolog az oldatból, egyébiránt már 2—3 nap múlva csapadékot képez az edény fenekén s míg a beteg eleinte tiszta olajat kap, később a phosphor nagyobb mennyiségben jut szervezetébe. Tényleg több szerző (*Nebelhau, Leo*. Orvosok és természetvizsgálók congressusa, Hamburg, 1901.) halálesetéről is beszámolt.

Kassowitz már előzőleg is meggyőződött a phosphoroldat állandóságáról, valamint arról is, hogy a phosphor még hónapok múlva sem csapódik ki az olajban, de ezen támadások után újabb vizsgálatokat végeztetett. A *Mitscherlich*-féle kémlelőre a reactio beállott, akár rögtön, akár 1—2 hóval az oldat készítése után alkalmazták is azt. Minthogy egy üveg phosphorolaj körülbelül 3 hét alatt használtatik el, be volt bizonyítva a szer tartóssága azon időn belül, mely a gyakorlatban tekintetbe jöhet.

Később Kassowitz a még érzékenyebb *Scherer*-féle kémlelő alkalmazta, melylyel a phosphort még 14 éves oldatokból is sikerült kimutatni és a *Jolles* bécsi m. tanár által végzett quantitativ vizsgálat azt mutatta, hogy a kimutatható phosphortartalom-csökkenés oly csekély, hogy az tekintetbe nem jöhet. *Zweifel* hibája, hogy 1 1/2 mgm. phosphort vett 100 rész olajra, mely oldattal tényleg a *Mitscherlich*-féle kémlelő nem mindig sikerül. Ám tekintetbe kell venni, hogy ily csekély mennyiségben a phosphor tulajdonképen le sem mérhető, egyes esetekben az olajba nem is jutott bele phosphor.

Oly kiváló pharmacologus, mint *Binz* tanár Bonn-ban, e fontos kérdésről körülbelül a következőkben nyilatkozik. Elméletileg ugyan *Wegner* kísérletei óta híve a phosphorkezelésnek, de a phosphor oxydált vagy kötött alakja olajos oldatokban és labdacokban sokszor megghiúsítja a sikert. A gyógytárakban kényelem szempontjából készletben tartják a phosphornak egy oldatát és ezt a vénképződésnél szükség szerint hígítják, mi által az olyan könnyen változó vagy lekötött phosphor jelenlétére nincs biztosíték, úgy hogy e tekintetben törvényes intézkedésre volna szükség. A rosszízű csukamáj helyett az olcsó, teljesen szagtalan és majdnem íz nélküli, jól elálló sesamolajat ajánlja. Megemlékezik továbbá arról, hogy a phosphor állítólag legjobban tartható édes mandulaolajban; oldatát (1 : 1000) recenter paratum rendeljük és csak „in vitro fusco“ (mert különben lecsapódik mint hatástalan vörös phosphor), és ezt lehetőleg hidegen kell félretennünk.

Érdekes e mellett, hogy a phosphorrendelés sok ellenfele épen a csukamájolajban látja a kezelés hatályos elvét és újabban *Stoeltzner* m. tanár Königsberg-ben három esetben még kórszövet-tanilag is kimutatta, hogy az angolkórra pathognomonikus osteoid szövet közvetlen befolyásolásáról phosphorkezelés által, tehát szorosabban véve phosphorsclerosisról szó sem lehet.

A *Wegner*-féle dolgotat figyelmes áttanulmányozásakor különben feltűnt nekem, hogy felnőtt állatokkal való kísérleteinél még *Wegner* sem találta a spongiosa phosphorsclerosisát, úgy hogy ezek szerint legalább is kétesnek látszik, vajjon a phosphorkezelés felnőttek otosclerosisánál egyáltalában képes-e bármi hatás kifejtésére.

Kassowitz is kiemeli dolgozatában, hogy nagyobb adagok folytatólagos használata elmeszesedett csontok és porcok fokozott beolvasztását idézi elő, úgy hogy végre oly kép létesül, mely nagy hasonlóságot mutat az angolkórral.

Maró gúnnyal támadja meg Kassowitznak azon állítását *Monti*, hogy a phosphor 0.00015 grammnyi adagokban fiatal állatoknál rhachitist idéz elő és 0.0005 grammnyi adagok gyermekek angolkórára gyógyhatással birjanak.

Tárgyunkra nem épen közömbös ezen érvelés, mert hisz a spongiózáló kórfolyamat tömörülését, sclerosisát, az otitis rarefacans phosphorsclerosisát, nem pedig a spongiózálás fokozását idézzük a phosphormedicatioval.

(Folytatása következik.)

Tárcza.

Uti jegyzetek.

I.

Berlin, 1905. július elején.

Socialis érzék s társadalmi solidaritás Németországban. A kötelező munkásbiztosítás intézménye s annak jelentősége a közegészségügy, különösen a tuberculosis leküzdése terén. Rokkantbiztosítás és sanatoriumok. A rentabilitás kérdése. A beelítzi sanatorium s a lichtenbergi rokkantház. A munkásbiztosítás szerepe a munkáslakások megjavításában.

A meteorologusok a napilapokban bő adatokat közölnek annak kimutatására, hogy immár több mint félszázadja nem volt Berlinnek olyan korai s olyan erős kánikulája mint ez évben s minden este olvassuk, hogy tiz és egynéhány „droschke“-ló hullott el a rekkenő hőségben. Az emberek úgy látszik ellentállók; hőség okozta balesetek alig fordulnak elő s a 40° C. semmiképen sem bénítja vagy lanyhítja azt az ernyedetlen munkásságot, a mely minden idegennek, a kité nem a mulató Berlin kétségtelenül jogos hire vonzott ide, a kinek alkalmá van bármely hivatás rendszeres tevékenysége menetébe betekinteni, első sorban szemébe tűnik. „Hier wird gearbeitet“ mondja a felivér berlini, a kinek önérzete nagyjából nem kisebb, mint munkabírása, meggyőződésteljes hangján. S mi vendégül járó idegenek ugyancsak nem fukarkodunk az elismeréssel. Egy amerikai collegám, a ki úgy mint magam a tuberculosis elleni védekezés tanulmányozására jött ide, egy kalauzoló fiatal collegánk előtt olyan erős, s kevésbé leplezetlenül ad personam irányított dicshymnuszokat zengett a németek munkásságáról, hogy nem állottam meg megjegyezni, hogy elvégre másutt is dolgoznak, pl. Amerikában, számítva arra, hogy a U. S. A. minden tekintetben való előbbrevalóságáról bármely európai országgal szemben lelke mélyében minden yankee meg van győződve. Természetesen az én amerikaim is elismerte, hogy náluk odahaza is dolgoznak csak úgy mint itt, vagy még különül. De az ő hazájában a munka mindig csak business, üzlet, s célja pénzszerzés, vagy a munka eredményének egyéb formában való bezsebelése; míg itt Németországban... a mire megint előzékeny kalauzunkhoz intézett dithyrambus következett, a melynek lényeges tartalmát magam is kénytelen voltam elismerni. Tényleg a németek dolgozásának még intenzitásánál is szembetűnőbb az a készség, az az odaadó buzgóság, a melylyel nagy közös célok szolgálatába szegődnek. A német idealismus, a melyet kíváncsisággal vegyes jóakarattal s vállveregető fölény-nyel fedezett fel s tárt fel az akkori „művelt Európa“, azaz Franciaország előtt egy évszázadja az első németországi tanulmányutazó *Madame Stäel* (eheu, hányan vagyunk azóta epigonok), nem halt meg, nem is alszik, csak más formát öltött. A philosophiai s klasszikus művészet magas regioiból a gyakorlati tevékenység mezejére szállt le. Kétségtelen, hogy ezen alászállása közben sokat vesztett sublimis jellegéből, parlagiasabb, demokratikusabb lett. Körülbelül úgy járt, mint a frissen vert arany, a mely a forgalomba kerülve egyre veszít plastikus veréséből, tiszta fényéből, s elvégre el nem kerül a sorsát: hogy apró pénzre változik. Az apró pénzre váltott német idealismus: a solidaritas érzése, a socialis lelkiismeret, a mely a tömegeket áthatja, s a mely az egységes német birodalom nemzeti, culturalis s gazdasági bámulatos felvirulásának tulajdonképeni alapja. Az egyéni tevékenység magasabb szempontok alá való vetése, az a felfogás, a mely az arasznyi létet „sub specie aeternitatis“ látja, s a melynek többé-kevésbé világos s öntudatos megnyilatkozásaival is olyan gyakran találkozunk, a német idealismus öröke.

Lange, a materialismus klasszikus történetírója mondja valahol, hogy Németország az egyetlen ország, a melyben még a gyógyszerész is, a midőn a recipe előírta mixturát csinálja, tisztában van azszal, hogy ezen ténykedése milyen összefüggésben áll a világegyetem metaphysikai rendjével. Ha ezen állítás eredeti fogalmazásában túlzás is, úgy kétségtelenül manapság is helyt áll olyan formában, hogy Németországban a társadalom legszegényebb elemeiben is nagyon éber az az érzés és tudat, mely őket s tevékenységüket a nagy közösséggel összefűzi. Ez a közösség azonban szűkebb körre szorult s ezen mérvben határozottabb s realisabb jelleget öltött, a mennyiben mostanság socialis közös-

séget jelent. A socialdemokráciának folyton szélesebb körökre való terjedése is ezen socialis öntudat s felelősségérzés megnyilatkozása; de korántsem egyetlen s legjellegzőbb megnyilatkozása. A solidaritás kapcsa megvan azon osztályok között is, a melyek közt a pártpolitika s a doctrinaer radikalismus elválasztó falat igyekeznek emelni, s a nemzeti érzés mindenütt visszhangra találó motivumaitól eltekintve is (l. *Bebel*-nek utolsó reichstagbeli beszédét) társadalmi együttműködésben s a pozitív alkotások egész sorozatában jut kifejezésre.

Ezen alkotások legjelentősebbike, legnagyobbika a német munkásbiztosítás intézménye. A munkásbiztosítás létrehozásában, továbbfejlesztésében s fenntartásában a Németbirodalom minden társadalmi tényezője kivette s kiveszi a maga részét. Kezdeményezése tudvalevőleg I. Vilmos császártól ered, s a hivatalos s conservatív sajtó joggal az 1881. november 17.-én kelt kaiserliche Botschaft-tól számítja ezen nagy socialis reform megszületését.

Tényleges keresztülvitele a munkaadókra, tehát a tőke képviselőire csak úgy, mint a munkásosztályra s a birodalmi budgetre olyan terheket rótt, a melyeknek nemzetgazdasági szempontból való jogosultsága nem állott eleve minden kétségen felül. Az intézmény egy amerikai ismertetője 1893-ban azt egy szabású socialis experimentumnak mondja, a mely kell hogy minden egyéb népnek legalább is háláját felkeltse, mert ha hajótörést szenved, megbecsülhetlen tanúságot szolgáltatott; ha pedig sikert arat, példája olyan hasznos lesz, hogy egyéb nemzetek számára az akadályok egész sorát fogja elhárítani ez a merész s szakavatott úttörő munka (this bold and skilful pioneering).¹ S az intézmény tényleg legnagyobb mértékben bevált: áldását természetesen első sorban a közvetlenül érdekelt munkásosztályra árasztja, de közvetve lényegesen hozzájárul az egész német nemzet közegészségügyi, közgazdasági niveaujának emeléséhez. A ki Németországban a socialis hygiene bármely ágát teszi tanulmány tárgyává, újból s újból a munkásbiztosítás intézményeiben találja meg a leghathatósabb intézkedések, a legjelentékenyebb alkotások teremtő s tápláló forrását. Feltétlenül érvényes ez az állítás a közegészségügy csak az utolsó két évtizedben méltányolt nagy feladatairól a tuberculosis leküzdésében.

A német munkásbiztosítás tudvalevőleg kölcsönösségen s autonomián alapuló kötelező biztosítás betegség, baleset- és rokkantság s aggság ellen.² A betegség esetére való biztosítás szervezete körülbelül olyan, mint a mi betegsegélyzőpénztári intézményünké, azzal a tendenciával, hogy a feltétlenül biztosításra kötelezett ipari s kereskedelmi munkásokon s alkalmazottakon kívül az egyéb hivatások 2000 márkán aluli jövedelemmel bíró tagjai is bevonassanak rendeleti úton kötelezőleg vagy kedvezményesen — facultative — az intézmény keretébe. A munkabér 1—40%-át kitevő biztosítás díját, úgy mint nálunk, ²/₃ részben a munkás, ¹/₃ részben a munkaadó fedezi. Hogy a betegsegélyző pénztárak sokkal nagyobb szabású s intenzívebb tevékenységet fejtenek ki mint minálunk, az a keretükbe tartozó hatalmas emberanyag s a rendelkezésükre álló nagy vagyoni eszközök mellett szinte magától értetődik. A baleset ellen való biztosítás intézménye a régibb magánjogi kártérítés elvét elejtve, azon felfogásból indul ki, hogy a balesetek az ipari s egyéb üzemek természetes járulékát képezik, következésképp a kártérítés terhe a productio költségeihez tartozik. Ennek megfelelőleg a baleset elleni biztosítás teherviselői a munkaadók, a kik ezen célra iparágak szerint helyi vagy az egész birodalomra kiterjedő kölcsönösségi szövetkezeteket (Berufsgenossenschaften) alkotnak. A baleset elleni biztosítás kötelező a nagy ipari és közlekedési vállalatok (posta, távirda, vasút stb.) munkásaira, nemkülönben 3000 márkánál kisebb évi jövedelemmel bíró üzem alkalmazottjaira (rendeletileg vagy facultative kiterjeszthető a kisebb vállalkozókra s nagyobb jövedelmű hivatalnokokra), a földmívelési s erdészeti szakmákban foglalkozókra az önálló vállalkozók nagymérvű bevonásával, építési vállalatok munkásaira s alkalmazottjaira, a tengeri hajóközlekedés s halászat alkalmazottjaira, illetve üzőire. A biztosítás tárgya a baleset okozta kár megtérítése egyrésztől az ápolási s kezelési költségek

viselése által, a mennyiben azok nem a betegségbiztosítás terhére hármlanak (első 13 hét), másrésztől a munkaképtelenség idejére annak fokához arányított járadék fizetése alakjában, a mely halál esetében a hátramaradottakat illeti. A jutalékok megszabásában a legnagyobb méltányosság elve uralkodik (pl. teljes munkaképtelenségénél a járadék az évi munkadíj ²/₃ része), s a megszabási s kiutalási eljárás lehetőleg gyors s egyszerű. Az első forum az iparszövetkezet tagjaiból, tehát munkaadókból áll, a felebbesési bíróságokba (Schiedsgericht für Arbeiterversicherung, Reichsversicherungsamt) azonban munkaadók s munkások egyenlő számmal küldenek képviselőket.

Fontos az iparszövetkezeteknek az a joga, hogy a munkásokra is kötelező baleset elhárító szabályzatokat bocsáthatnak ki, a melyeknek megszabása azonban ugyancsak a munkások hozzájárulásával történik.

A rokkantság s aggság elleni biztosítás kötelékébe tartoznak minden hivatás-ágnak a 16. életévet betöltött bér munkásai s cselédek s tanoncok bevonásával, az ipari s kereskedelmi alkalmazottak s nyugdíjképtelen nevelők s tanítók, a mennyiben évi jövedelmük 2000 márkán alul marad. A biztosítás kötelező volta rendeletileg kiterjeszthető önálló kisebb vállalkozókra s kisiparosokra, s facultative a 2000—3000 M. jövedelmű alkalmazottakra. A biztosítottak 200 heti befizetés után tartós rokkantság vagy ¹/₂ évi tartamon túl terjedő muló munkaképtelenség esetén rokkantsági járadékra, s 70. életévük betöltésével, az esetben, ha 1200 heti járulékot fizettek, aggsági járadékra tartanak igényt. A biztosítási intézmény ezenkívül azon nagyon hasznosnak s termékenynek bizonyult intézkedés által is a biztosított javára van, hogy a biztosító intézeteknek jogában áll betegség esetén az ápolásról, gyógyításról s a hozzátartozók támogatásáról gondoskodni azon esetben, ha ez által a betegségből eredő rokkantságot előreláthatólag elháríthatja vagy elodázhathatja. A rokkantság elleni biztosítás költségei a birodalmi költségvetést, a munkaadókat és munkásokat terhelik. Az első minden járadékhoz évi 50 M.-val járul, s a „Reichsversicherungsamt“-ot tartja fenn. Az egyéb költségeket munkaadók s munkások felerészben viselik, a mennyiben minden munkás, illetve a munkaadó minden munkása után a munkabér arányában heti 14—36 fillér biztosítási díjat fizet. A biztosítottakat megillető aggsági járadék a jövedelem arányában évi 110—230 márkát tesz ki, a rokkantsági járadék nagysága a jövedelemhez s a befizetett heti járulékokhoz képest 116—450 márka között ingadozik. Természetes, hogy a munkások befizette összegek s a járadék aránya sokkal kedvezőbb mint bármely magánbiztosítási intézetnél, minthogy a költségek nagyobbik felét a birodalom s a munkaadók fedezik. A rokkantbiztosítás közegei autonom, de állami felügyelet alatt álló biztosító intézetek, a melyeknek elnökségét a munkások s munkaadók választott képviselőin kívül kinevezett közigazgatási vagy államhivatalnokok képezik. A járadékok megszabásának első foruma az elnökség, a felebbesési hatóságok ugyanazok mint a balesetbiztosításnál.

Megjegyzendő, hogy a biztosítási intézmény keretébe nemcsak német alattvalók, de honosságára való tekintet nélkül mindenki beletartozik, a ki a Németbirodalomban bér ellenében munkát vállal.

Roth-Schultz Vilmos dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

W. Croner: Die Therapie an den Berliner Universitäts-Kliniken. Dritte Auflage. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1905.

A munka első kiadása 1902-ben jelent meg. Már maga az a körülmény, hogy három év alatt két nagy kiadása fogyott el, használhatósága mellett szól. A munka tulajdonképpen nem más, mint therapeutikai encyklopaedia compendiosus alakban, az egyes klinikák szerint csoportosítva. A berlini egyetem különböző klinikáin használatos gyógyító eljárásokat az illető klinikák segédei ismertetik röviden, velősen, a gyakorlati életben jól értékesíthetően. Hogy ezen ismertetések megbízhatóak, arról az egyes részek

¹ John Graham Brooks, idézi Zahn: Arbeiterversicherung und Volkswirtschaft. Berlin. Asher u. Comp. 1904. S. 35.

² I. Zacher: Leitfadens der Arbeiterversicherung des Deutschen Reichs. Berlin. Asher. 1904.

szerzőinek jó neve tanúskodik. A most megjelent harmadik kiadás az előzőkhez képest tetemes változásokon és javításokon ment át. Egyrészt bővült a fejezetek száma, a mennyiben most már néhány olyan klinika vezetője is megadta beleegyezését, hogy segédje a klinikáján divó terápiát ezen munka számára ismertesse, a ki azelőtt erre hajlandó nem volt. De másrészt a fejezetek tartalma is jobbra teljesen újra lett átdolgozva. Gondosan szerkesztett betűrendes betegség-, illetve gyógyszer- és gyógyeljárás-mutató fejezi be a nagyon esinos kiállítású könyvet, a melyet gyakorló orvosok, a kiknek csak rövid idő áll rendelkezésre ismereteik felfrissítésére, illetve pótlására, bizonyára sokszor fognak kezükbe venni.

A. Poehl, J. Tarchanoff und P. Wachs: Rationelle Organotherapie. Herausgegeben von dem russischen „Journal für medizinische Chemie und Organotherapie“ zu St. Petersburg. 1905. Erste Hälfte.

Az előttünk fekvő munka megírására, mint a czimből látjuk, három szerző állt össze, kik a munkát olyképp osztották fel maguk között, hogy a physiologiai vizsgálatokat a megfelelő állatkísérletekkel Tarchanoff, a vegyi vizsgálatokat, főleg pedig az organoterapiának befolyását a vizelet chemismusára Poehl végezte, illetőleg vizsgálta, az organoterapiának klinikai értékéről pedig az irodalom és saját tapasztalatai felhasználásával Wachs számolt be. A könyvnek eddig megjelent első része 6 fejezetre oszlik. Az első az organoterapiának racionális feladatait, a második az organoterapiában alkalmazásban lévő szerek értékét, a többi négy pedig az úgynevezett sperminum Poehl lényegét, chemiai összetételét, befolyását az anyageserére, az ide vonatkozó állatkísérleteket, s az e szer alkalmazása után észlelt klinikai tapasztalatokat írja le. A részletekre e mű nem tér ki, a mit a szerzők, mint előszavukban mondják, nem is tűztek ki czélul, a nagy vonások azonban a fentemlített helyes munkabeosztás következtében oly jól vannak megvilágítva, hogy őszinte érdeklődéssel várjuk a mű másik felének megjelenését.

M.

Új könyvek. A. Schmidtman: Handbuch der gerichtlichen Medizin. IX. Auflage des Casper-Liman'schen Handbuches. Berlin, A. Hirschwald. — E. Moritz: Über Lebensprognosen. II. Auflage. Petersburg, Ricker. — S. Freud: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Leipzig, F. Deuticke. — C. Wegele: Die Therapie der Magen- und Darmkrankungen. Dritte gänzlich umgearbeitete Auflage. Jena, G. Fischer. — Zabłudowski: Massage im Dienste der Kosmetik. Berlin, A. Hirschwald. — Dieudonné: Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie. 4. Auflage. Leipzig, A. Barth. — J. Bartel: Die Infektionswege bei der Fütterungstuberkulose. Jena, G. Fischer. — A. Pappenheim: Atlas der menschlichen Blutzellen. Jena, G. Fischer. — H. Duret: Les tumeurs de l'encéphale: manifestations et chirurgie. Paris, F. Alcan. — Mélier de Labarthe: Le celluloid en orthopédie. Paris, Vigot frères. — S. Solis Cohen: A system of physiologic therapeutics. Vol. XI. Serumtherapy, organotherapy, radium, bloodletting, X-ray therapy. London, Rebman. — M. Foster Reaney: The medical profession. Dublin, Browne and Nolan.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az emberi és a marhagümőkór közötti különbségről tartott előadást N. Raw a „British medical association“ ez évi összejövetelén Leicester-ben. Ő is azt veszi fel, mint Koch, hogy az emberi és a marhagümőkórt nem ugyanaz a bacillus okozza; a míg azonban Koch a marhagümőkór bacillust az emberre nézve ártalmatlannak mondja: Raw szerint ez az állítás nem felel meg a valóságnak, mert a marhagümőkór bacillusa is okoz betegséget az emberben, csak hogy ez a betegség egészen más, mint az, melyet az emberi gümőkór bacillusa okoz. A marhagümőkór bacillusa a gyermekeket támadja meg, gümőkóros tehenek tejével jut a szervezetbe, első sorban a tonsillákra, majd a tápcsatornában és a mirigyekben okoz elváltozásokat; a vérbe jutva, az agyhártyát, a csontokat és az ízületeket betegíti meg. Ezzel szemben az emberi gümőkór bacillusa a belégzett levegő útján jut a szervezetbe és főleg a tüdőben okoz elváltozásokat felnőttekben. Ennek megfelelően csakugyan azt találjuk, hogy a tüdőgümőkór nagyon ritka a gyermekkorban, míg felnőttekben a gümőkór egyéb localisatioi nagyon ritkák. Az ú. n. „strumás diathesisű“ egyénekben, a kik gyermekkorukban csont- és mirigy-

bajokban szenvedtek, nagyon ritkán fejlődik tüdőgümőkór, mert a marhagümőkór bacillussal fertőzöttség mintegy védőhatású az emberi gümöbaccillussal fertőzéssel szemben, azok a gyermekkori csont- és mirigybajok pedig jobbra marhagümőkórral fertőzöttség eredményei. (The lancet, 1905. augusztus 5. 365. l.)

Bakteriumok és sejtek kimutatására a vérben új módszert ajánlanak Loeper és Louste. Az új hegyéből vagy más-honnan nyert vért hígított alkohollal (1 rész alkohol 2 rész vízre) keverik úgy, hogy minden csepp vérré 1 cm³ alkohol jusson, és aztán centrifugálnak. A vörösvérsejtek nagyon gyorsan feloldódnak és a képződött üledékben a bakteriumok és a sejtek könnyen kimutathatók. Szerzőknek több esetben sikerült ezen eljárással daganatsejteket találni a vérben olyankor, a mikor az elsődleges daganat már kiterjedt metastasisokat okozott. Különösen a sarcoma-sejtek bizonyultak nagyon ellentállóknak az alkohollal való kezeléssel szemben s voltak azért könnyen kimutathatók. (Arch. de méd. expér., 17. kötet, 3. füzet.)

Acetecetsav kimutatására a vizeletben Lindemann a Riegler-féle jodsav-reactio következő módosítását ajánlja: 10 cm³ vizeletet 5 csepp hígított ecetsavval megsavanyítva, 5 csepp Lugol-oldatot adunk hozzá, majd erős rázás után 2 cm³ chloroformot. Acetecetsav jelenléte esetén a chloroformos kivonat színtelen, míg normális vizeletben vörös színű. A reactio állítólag nagyon érzékeny és teljesen megbízható. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 29. sz.)

Aceton kimutatására a vizeletben nagyon érzékeny és megbízható módszernek mondja Frommer a következőt: 10 cm³ vizeletbe 1 gm. kaliumhydrátot in substantia adunk és — a nélkül, hogy ez utóbbi oldódását megvárjuk — 10–12 csepp salicylaldehydet (1 rész salicyl + 10 rész abszolút alkohol); ezután 70°-ra hevítünk. Aceton jelenléte esetén a fenéken a két anyag érintkezésének helyén biborvörös gyűrű képződik. Ha akkor adjuk a próbához a salicylaldehydet, a mikor a kaliumhydrát már teljesen oldódott, a folyadék eleinte sárga, majd vöröses, később biborvörös színt ölt és hosszas állás esetén sötétvörössé, karmazsin-szerűvé válik. Melegítés esetén a színváltozás gyorsabban következik be. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 32. szám.)

Belgyógyászat.

A Renaut-Dubois-féle vesekivonattal kezelés klinikai eredményei. Choupin St. Etienne számos észlelete alapján, melyek közül a legsúlyosabb esetet pontosabban ismerteti, megerősíti Renaut és Dubois kedvező eredményeit, melyeket nyers disznó-vesekivonattal érték el és ez eljárást a nephritis kezelésében az összes kezelési eljárások fölébe helyezi. Módosítja kissé R. és D. eljárását, de csak annyiban, hogy a vesemaceratumot leszűri és nem hagyja leülepedni. Igen kellemes a bevételre, ha citromszörpöt (mindig 2 evőkanállal) teszünk hozzá. Lehet hidegen és melegen adni a szert, de schasem 38°-on felül, mert a meleg, mint egy esetben észlelte, a hatóanyagot tönkreteszi. Felnőtteknek naponta 2 vesét ajánl és pedig 14 napból 10 napon át ugyanennyit; kevesebb bevételre esetén a hatás elmaradhat. A legjobb vesék, melyeket e czélra használni lehet, körülbelül 160 gm. súlyú, világos, fiatal malaczvesék. Nem friss vagy kórosan elváltozott vesét használni nem szabad. Eredményei ily kezelés mellett igen jók voltak, kellemetlen mellékhatás nem nyilvánult, a betegek az eljárást jól tűrték. A vesemaceratum igen erősen diuretikus, azonkívül izasztó hatású. A vizelet megváltozása a fokozott diuresis mellett a fehérje megkevesbedésében vagy teljes eltűnésében is nyilvánul. Kivételesen elmarad a diuresis és megmarad az albuminuria, de a körézet mindig javul. Egyszerűen a maceratum erősen szerese-*insufficiencia* eseteiben, a vesék functionális vagy organikus megbetegedéseit gyógyítani tudja, bár e mellett Renaut is kiemeli, hogy a régi kezelési eljárásokat is igénybe kell venni, a melyekkel kombinálva ez eljárás sok oly esetben, a hol más kezelésmód a szolgálatot felmondta, kedvező eredményeket képes létrehozni. (Revue de médecine, 1905. 1. és 2. füzet.)

K. G.

A vese decapsulatiojának értékéről egy eset kapcsán ír Francis O. Boyd. Az illető esetben a beteg egyik oldali veséjén

decapsulatiót végeztek és a beteg pár hó múlva meghalt. B. azon véleményen van, hogy a műtét semmiféle előnnyel nem jár. Műtét után újabb igen erős tok képződik a vese körül, a mely a vérkeringést még inkább megnehezíti, azonkívül a hegből a kötőszövet a vesekéregbe is beburjánzik. Ha acut, anuriával járó veselobnál műtétet akarunk végezni, úgy inkább a vese felhasítását ajánlja. Idült parenchymás veselobnál bemetszés után átmenetileg megszorodik a vizelet mennyisége (ezt vagy maga a vese, vagy a sympathikus idegcentrumok izgalma okozza), gyógyulás azonban idült veselobnál sem decapsulatio, sem a vesének felhasítása után nem várható. A decapsulatiót Harrison már 1896-ban ajánlotta olyan esetekben, midőn az intrarenalis nyomás jelentékenyen fokozódott. (Edinburgh Medical Journal, 1905. 6. füzet.) K. G.

Az aorta-rendszer általánosan szűkült voltáról irt tanulságos közleményt *Apelt*, melynek foglalatja röviden a következő: A szívbetegségek aetiologiájának tanában az aorta-rendszer általánosan szűkült volta külön kórokozó gyanánt tárgyalandó. A kórképet eléggé jellegzik úgy az anatómiai lelet, mint a klinikai tünetek, az aetiologia és a lefolyás. Az anatómiai lelet a következő: az aortának és ágainak általánosan szűkült volta, karöltve falzatuk megvékonyodásával; egyes esetekben a falzatnak elzsírosodásra és sclerotizálásra hajlamossága; a bal szívgyomrocs mérsékelt túltengése következményes tágulással, sokszor a jobb szív is túltengett és tágult; a sejtelemelek másodlagos elfajulása a vérpangás következtében; fejlődési rendellenességek az ivar- és keringési szervekben. A klinikai tünetek a következők: halványság, gracilis testalkat, esetleg hiányos fejlődés jelei; az incompensatio szakában levő szívba j tünetei, azzal a különbséggel, hogy a szívhangok teljesen tiszták, csak a pulmonalis második hangja ékelt; rövid idő alatt nagyfokúvá váló pangási jelegek a test különböző részeiben; korai infarctus-képződés a tüdőben. Az aetiologiat illetően: a tünetek előzőleg egészségesnek látszott, fiatal egyénekben fejlődnek, a kik huzamos erős testi munkát végeznek és a kiknél kiváló momentumként heveny túleröltetés vagy fertőző betegség mutatható ki. A lefolyás kedvezőtlen; a betegség többnyire csak rövid időre állítható meg, többnyire halálosan végződik. Mindezen pontok tekintetbe vételével szerző szerint ezentúl gyakrabban lehet majd az aorta-rendszer általánosan szűkült voltának kórisméjét már intra vitam felállítani. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 30. és 31. szám.)

Sebészet.

A prostata-hypertrophiáról szól az „Annals of surgery“ 1905. áprilisi száma. *P. Pilcher* a bántalom pathológiájával és aetiologiájával foglalkozik; szerinte háromféle anatómiai állapota van a prostatának, mely vizeletrekedésre vezethet: a nagy puha, a kis kemény prostata s a vegyes alak; a kis kemény prostata nem másodlagos szaka az első formának, hanem attól teljesen különálló elváltozás. Míg a kicsiny prostatákban az izomzat hypertrophiája van előtérben a mirigyes elem relatív csökkenése mellett, addig a nagy, lágy prostatákat épen a mirigyszövetnek activ daganatszerű megszorodása jellemzi. A gonorrhoeának, mint activ aetiologiai tényezőnek szerepét a betegség létrehozásában tagadja. *Thorndike* a catheter használatához ragaszkodik oly esetekben, hol az a külső körülmények mellett megbízható asepsissel hajtható végre, továbbá öreg, gyenge egyéneknél, kiknél a műtét esélyei rosszak; ha azonban ezeknél hólyag- vagy vesefertőzés fenyegetne, a prostatectomiát indicálnak látja. Contraindicált a prostatectomia oly egyéneknél, kiknél a hosszú ideig fennálló teljes retentio folytán a hólyagizomzat tonusát annyira elvesztette, hogy hólyagjukat az akadály eltávolítása, a hypertrophiás prostata kiirtása után sem bírnák rendesen kiüríteni. *Chetwood* a hólyagnyak heges stenosisát írja le, mely prostata hypertrophia tüneteit képes utánozni ennek jelenléte nélkül, illetve meglévő hypertrophikus prostata mellett ez okozza a vizeleti zavarokat, s mely a hólyagban vagy a hátsó húgyvesében lejátszódó, rendszerint gonorrhoeás eredetű gyulladás eredménye. Gyógyítására a hólyagnyak galvanocaustikus bemetszését ajánlja perinealis seben át.

A közlemények legtöbbje a hypertrophikus prostata eltávolításának módjával foglalkozik; *Fuller*, ki a literatúrában *Freyer*

névéhez fűződő eljárás prioritását vindicálja magának, úgyszintén *Wiener*, továbbá *Lilienthal* a suprapubikus, transvesicalis prostatectomia mellett törnek lándzsát, míg *Watson*, *Joung* a perinealis prostatectomia hívei; előbbi az ujjal való, főleg tapintás vezetése alatt történő rapid enucleatiót ajánlja, míg *Joung* a prostatának a gátseben való kihozását a már minálunk is jól ismert eszközei segítségével s a műtétnek a szem controlja alatt végrehajtását proponálja, a mely eljárással a prostatikus húgyeső s a ductus ejaculatoriusok a legjobban megkímélhetők. *L. Stephen Pilcher* szintén a prostata nyílt feltárása mellett nyilatkozik. Az ő munkájában egyéb, főleg angol és amerikai szerzők eredményeit is összeállítva találjuk s ezek szerint a prostatectomia mortalitása 5—10%. Az újabb statisztikákban ezen arány is leszáll, az eredmények e tekintetben a következők: 1. Kis median perinealis metszésből, látás által nem ellenőrzött, ujjal való enucleatio: *Goodfellow* 78 eset, 2 mors; *Murphy* 51 eset, 1 mors; *Syms* 33 eset, 2 mors. 2. Tág perinealis bemetszés, enucleatio ujjal és eszközökkel a szem controlja mellett: *Joung* 75 eset, 4 mors; *Albarran* 59 eset, 2 mors; *Hartmann* 36 eset, 2 mors; *Proust* 30 eset, 0 mors; *Pauchet* 20 eset, 1 mors; *Rafin* 20 eset, 1 mors; *Pilcher* 23 eset, 4 mors. 3. Felső hólyagmetszésen át történő enucleatio: *Freyer* 107 eset, 5 mors; *Lilienthal*, *Wiener* 31 eset, 0 mors; *Fuller* 317 eset, 4—6% mortalitás (privátbetegeknél kisebb, mint kórháziaknál). A vizelet e műtétek után az esetek több mint 60%-ában normalissá lesz, a legtöbb szerző szerint még nagyobb számban következik be a functionalis gyógyulás. A potentia a ductus ejaculatoriusok megszakítása révén szenvedhet, azonban, minthogy rendszerint oly öreg egyénekről van szó, kiknél a nemi képesség csak emlék gyanánt él, ez úgy sem igen jó számba. A *Joung*-féle eljárásnál különösen igen sokan tartották meg azok közül, kik műtét előtt potensek voltak, coitusra való képességüket vagy legalább is erectiók jelentkeztek náluk. Orchitis, epididymitis, muló húgyesőstrictura alig észlelt complicatiót képeztek, ellenben fistulákat, perinealis, vesicalis, rectourethralis sipolyokat, ép úgy. incontinentiát gyakran láttak e műtétek után. *Wood Ruggles* ezen incontinentia okát abban látja, hogy a hólyagzáróizom tulajdonképpen igen kevésbé bírja a vizeletet tartani s a vizelet a hátsó urethrárt tölti meg és a külső sphincter, a compressor urethrae az, mely a vizeletet tulajdonképpen visszatartja; a prostatectomiák pedig, különösen a perinealisak ennek az izomzatnak a beidegzését veszélyeztetik a beléjük haladó idegek könnyen sérülhetése miatt. A cystoskopi vizsgálatot műtét előtt némely szerző feleslegesnek, némelyik károsnak (*Wiener*), más hasznosnak (*Joung*), *Cunningham* pedig határozottan elengedhetetlennek tartja; körülményes methodust közül, melylyel a cystoskopi képekből a prostata formájára biztos következtetést lehet vonni. Pólya.

Cystikus vesét észleltek két testvéren *Collis* és *Hewetson*, valószínűleg egy harmadik testvérük is szenvedett ezen bántalomban, de ez kivonta magát a vizsgálat alól; hasonló észleletet az irodalomban csak egyet találtak még, *Beck*-ét, a ki három testvérnél látott cystikus vesét. A leirt esetekben nephrectomia történt; az egyik betegnél nemsokára a műtét után ki volt mutatható a másik vese cystikus elfajulása, de azért tűrhető állapotban maradt; a másik testvérnél a bennhagyott vesében pyelonephritis lépett fel, mely hét hó alatt végzett a beteggel. Azért cystikus veséknél a *Curtis* és *Kammerer* által ajánlott feltárást és a cysták kiürítését ajánlja nephrectomia helyett. (The Lancet, 1905. 4264. sz.) Pólya.

Az anonyma rohamosan növekvő aneurysmáját sikerült *Nason Dunn*-nak a subclavia és a carotis communis egyidejű leköltésével meggyógyítani. Az aneurysma igen súlyos neuralgiás fájdalmakat, légzési, nyelési nehézségeket, rekedtséget okozott, melyek a műtét után mind visszafejlődtek s a beteg munkaképessé vált. Az irodalomban 35 eset van, a hol az anonyma aneurysmája ily módon lön kezelve. 23 beteg meghalt, hatnál a műtét javulást nem hozott és csak hat gyógyult meg. (The Lancet, 1905. 4266. sz.) Pólya.

A pruritus ani kezelése. *F. C. Wallis* közel 300 esetet vizsgált és ezek 90%-ában talált többnyire a rectum hátulsó falán a két sphincter között lapos fekélyt, néha többes számban,

söt berepedésekkel szövődve. Ezek a fekélyek csak ritkán gyógyulnak maguktól; sarjszövet képződésére vezetnek, a mely valamelyes izgató váladékot termel, és ez okozza a viszketést. Kezelés gyanánt leginkább a sphincternek narcosisban való tágítása ajánlható; utána a fekélyek galvanocauterrel kiégetendők. Együttal czélszerű a végbél táján levő megvastagodott bőrt is az égetővel kissé elpörkösíteni. Három nap múlva hashajtót adunk és a bőrt még egy ideig zinkhintőporral szárazon tartjuk. Az eredmény úgyszólván rögtönös és az illető tisztán viselkedése mellett többnyire tartós is. Ha a két sphincter között levő nyákhártya kiterjedtebben elváltozott, legezelszerűbb teljesen kiirtani. (British medical journal, 1905. május 13.)

A flexura sigmoidea veleszületett túltengését és tágulását észlelte W. F. Brook egy 21 éves nőbetegen, a kiben daganat jelenlétét vették fel, s a ki e miatt műtetre került. Kiderült ekkor, hogy az állítólagos daganat nem más, mint egy növényi rostokból álló, a flexurában szabadon fekvő, 600 gm. súlyú tömeg. Ennek eltávolítása után a rendkívül tágult és túltengett bélrészt a gastroplicatio módjára erősen megsűkítették, mire teljes gyógyulás következett be. Az illető most két évvel van a műtét után, teljesen jól érzi magát, bélműködése rendes. (British med. journal, 1905. május 13.)

Venereás bántalmak.

Újabb adatok a Schaudinn-féle spirochaeta pallidáról. L. Spitzer (Über Spirochätenbefunde im syphilitischen Gewebe. Wien. klin. Wochenschrift. 1905. 31. sz.) a syphilis különböző nyilvánulási alakjaiban kereste és találta a spirochaeta pallidát. Vizsgálati anyagát nemcsak sklerosisok, primaer exanthemák, recidiváló exanthemák és nyálkahártya-eruptiók képezték, hanem késői formák, gummák is. Festésre leginkább a Grüber-féle Giemsa-oldatot használta (1 rész 20 rész dest. vízre), a melyben a felkent üvegek 5—6 óráig feküdtek. Tapasztalata szerint a túlhoszú festés csak ártalmára van a készítmény jószágának, mert a sp. pallidák festődése ezáltal nem erősebbnek, intensívebbnek, de egyenesen gyöngébbnek látszik. Szerző két nem ulcerált gumma esetén kívül mindenkor ki tudta mutatni a spirochaetákat, a melyeknek előfordulása igen változatos. Vérben a spirochaetákat sohasem találta. Ellenőrző vizsgálatképen különböző bőrbetegségekben is kereste a spirochaetákat, azonban kivétel nélkül negatív eredménnyel. Ez utóbbi körülmény arra készíti Spitzert, hogy — bár bizonyos óvatossággal — fontos szerepet tulajdonítson a spirochaeta pallidának a syphilis aetiologiájában.

Érdekes leletet közölnek a spirochaeta-kérdésben C. T. Noeggerath és R. Stahelin is (Zum Nachweis der Spirochäte pallida im Blut Syphilitischer. München. med. Wochenschrift. 1905. 31. sz.), a kik 3 lueses betegnek vérében tudták a pallidát kimutatni. E célból azon módszert választották, melyet Stäubli használt először a trichina-embriók kimutatására és a mely abból áll, hogy a vért tízszeresen hígítjuk $\frac{1}{30}$ ecetsavval, a mire az centrifugálva lesz.

Szerzők a vért nagyobb mennyiségben (1 cm³) vették egy venából vagy a fülezipából. A centrifugált hígított vér csakis a legalsóbb rétegben tartalmazta a spirochaetákat. 6 bizonyosan nem lueses egyéneknek ugyanily módon vizsgált vére teljesen negatív eredményre vezetett. Guszman.

Bőrkórtan.

Isoformmal végzett therapiái kísérleteiről számol be Weik. Heiles vizsgálataiból tudjuk, hogy az isoform bomló baktériumokkal telített anyag jelenlétében oxygen lehasadása következtében jelentékeny antisepsises szerré válik. E kiváló hatása mellett szagtalan és nem mérgező. Az isoform szerző tapasztalata szerint igen alkalmas desinficiáló szer, főleg azon esetekben, hol fertőzött sebfelületeket, genyedő fekélyeket kívánunk megtisztítani. Az isoform különböző alakban használható, a szerint hogy milyen célra vagy testfelületre alkalmazzuk. Hintőporban 10%-50%-nyi mennyiségben alkalmazható, vaseliannel készült kenőcsben pedig 10%-os hígításban. Weik úgy a hintőport, mint a kenőcsöt különösen jó eredménnyel ulcus molle eseteiben használta. Később a szert psoriasis vulgaris ellen is kipróbálta és pedig kielégítő

sikerrel. E célra 10% kenőcsöt vagy tapaszt ajánl. (Medicin. Klinik. 1905. 19. sz.) Guszman.

Diffus sklerodermiának pajzsmirigy-adagolásra lényegesen javult esetét közlik Ménétrier és Bloch. Az eset egy 27 éves nőre vonatkozik, a ki súlyos bőrbaján kívül néhány év óta szervi szívhajban is szenved. Bőrbántalma már évekre terjed vissza, gyors és súlyosabb kifejlődése azonban csak néhány hetes. A betegség kiindulását a nyak bőrén vette s innen terjedt át a törzsre, arezra, felső végtagokra valamint az ajkakra és a nyelvre. E helyeken a bőr duzzadt, vastag, feszes és nyomásra ellenálló volt, tehát a betegség azon szakában állott, melyet a sklerodermia stadium elevatumának neveznek. A bőrbántalom folytonos tovaaterjedése és súlyosbodása következtében szerzők arra határozták el magukat, hogy a beteget pajzsmirigygyel kezelik, a mit a kórházi tartózkodás negyedik hetében meg is kezdtek. A pajzsmirigy-kezeléshez birkának glandula thyreoideáját használták, a melyet 0.5—1.0 gm.-nyi napi adagban nyersen és felaprítva langyos bouillonban adtak a betegnek. Később a napi adagot 2 gm.-ra emelték. A pajzsmirigygyel való kezelés szerzők tapasztalata szerint kiváló eredményű volt, a mennyiben az összes tünetek rohamosan javultak, a bőr felpuhult, feszségét veszítette, a mi a már beállott functionalis zavarokat (beszédkor, rágáskor) is enyhítette. E lényeges javulást testsúlygyarapodás és az étvágy fokozódása kísérte. Érdekesekek azon melléktünetek, melyeket a pajzsmirigy-adagolás a beteg szívében előidézett; szerzők ezeket egy graphikai pulsus-görbén teszik szemlélhetővé. Pajzsmirigy-adagolás nélkül az érverés száma 98—110 volt, annak bevétele az érverések számát 120—130-ra emelte. Szerzők ezért a pajzsmirigygyet mindig csak egy hétig adták s utána egy hétig szüneteltek vele. Egyéb kellemetlen mellékhatásokat nem láttak a pajzsmirigy-kezeléstől. Ménétrier és Bloch, kik a sklerodermia aetiologiáját hajlandók a glandula thyreoidea valamelyes elváltozásában keresni, említett gyógykísérleteiket folytatják. (Revue pratique des maladies cutanées. 1905. 4. f.) Guszman.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Maretinnal Ulrich, a bécsi Erzsébet-kórház főorvosa is tett kísérleteket. Tüdőgümőkór eseteiben a magas hőmérséklet leszállította ugyan, de valami különös előnyét a maretinnak az eddig használatban volt antipyreticumokkal szemben nem látta; egyes esetekben kismérvű cyanosis is mutatkozott. Nagyon kedvező hatásúnak bizonyult azonban a maretin heveny izületi csúsz eseteiben, és pedig nem csupán a hőmérséklet csökkentette, hanem magát a betegséget is kedvezően befolyásolta, még olyan esetekben is, a melyekben az aspirin használata eredménytelen maradt. Az adagolást illetőleg azt ajánlja, hogy kezdetben, a meddig a beteg érzékenységet — a mely a maretinnal szemben egyénenként nagyon változó — még nem ismerjük, csak $\frac{1}{4}$ grammos adagokat rendeljünk 2-szer naponként és csak akkor emelkedjünk 0.3—0.5 grammos adagokig, ha a $\frac{1}{4}$ grammosakkal 1—2 nap alatt kifejezett hatást nem értünk el. (Die Heilkunde, 1905. 5. füzet.)

A Basedow-kór kezelése Möbius-féle antithyreoidinnal. Az antithyreoidin, mint ismeretes, nem más, mint pajzsmirigyüktől megfosztott juhok seruma. Ez a serum állítólag oly anyagokat tartalmaz, melyek képesek a pajzsmirigy által Basedow-kórban termelt mérgeket megkötni illetve közömbösíteni. A szerrel eddig még nagyon kevés kísérletet végeztek drága volta miatt. Újabbban két eset leírását találjuk. Az egyik esetet Dürig írta le; nagy adagok (legalább 30 csepp antithyreoidin 3-szor naponként per os) huzamosabb használata után kedvező volt az eredmény. A másik esetről Lomer számol be; ebben az esetben is kedvező volt a hatás a különböző Basedow-tünetekre, különösen a szívre való hatás volt kifejezett; a hatás azonban nem bizonyult tartós-nak. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 18. szám.)

Arthritis gonorrhoeica eseteiben jó eredményeket látott Frauenthal az unguentum Credé-től, melylyel a megbetegedett ízület felett bedörzsöléseket végeztet. (Medical news, 1905. május 13.-án.)

Metaplasma. Újabban általános hatás elérésére gyakran veszik igénybe gyógyszereknek a bőrre való alkalmazását. Elég, ha utalunk a jód (jodion) és salicylsav (mesotan, salokreol, rheumasan) ezen módon való alkalmazására, a melynél a felszívódás gyorsasága és kiadó volta szempontjából nagyon fontos, hogy a bekent bőrfelület valami módon a külvilágtól elzárta, mintegy meleg kamrában tartassék. Ennek elérésére *Sarason* egy kötőanyagot készítettett, melynek belső, zsírtalanított vattából álló rétege gyógyszer-tartalmú és ezzel szorosan összefügg a nem zsírtalanított, átjárhatatlan vattaréteg. Ez az újfajta kötőanyag metaplasma elnevezéssel jut a forgalomba. A metaplasma mentholi és capsici mellett, a melyek mint derivansok tesznek jó szolgálatot, szerző különösen a metaplasma acidi salicylici-re hívja fel a figyelmet, mint a melylyel nagyon egyszerű kezeléssel, olcsón érhető el teljes salicylhatás. Ha nagyon enyhe salicylhatást akarunk elérni, a metaplasma belső rétegét vagy magát a bőrt kissé megnedvesítjük. Erősebb a hatás a belső réteg vagy a bőr higított alkohollal megnedvesítése esetén. Legerősebb pedig akkor, ha a metaplasma alkalmazását valamely meleg-alkalmazással kapcsoljuk össze, pl. forró kendőkkel vagy homokzacskóval, thermophor-masszával megtöltött gummitömlővel stb. veszszük körül a szabály szerint alkalmazott metaplaszt. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 32. szám.)

A bornyval *Guttmann* szerint kitűnő sedativum és nervinum, a melyet a betegek jól tűnnek, kellemetlen mellékhatásokat nem okoz. Nagyon jó eredményt nyel használta ideges szívdzavarok és álmatlanság eseteiben, továbbá dysmenorrhoea és klimakterium okozta zavarok ellen; szervi szívbajokban is szolgálatokat tehet analeptikus hatása miatt; végül neuralgiák ellen (fejfájás, ischias, neuritis) is hatásosnak bizonyult. A bornyval tulajdonképpen valeriana-készítmény, melyet a *Ridel*-féle kémiai gyár hoz forgalomba. A valeriana jótékony hatása már régóta ismeretes, a minek megfelelően már nagyon sok készítménye van forgalomban (zincum valerianicum, validol, valyl, valerydin stb.). Ezek a készítmények azonban nem voltak képesek magát a valerianát pótolni, a menyiben ennek ható alkotórészei közül csak a valerianasavat tartalmazzák, a hatásosabb alkotórész, a borneol nincsen meg bennük. A bornyval ellenben mind a két alkotórészt tartalmazza. Víz-tiszta, gyengén valeriana- és kámforszagú és ízű folyadék; kémhatása közömbös. Az adag 25 centigramm, legezésszerűbben gelatinatokban 4—6-szor naponként. (Oesterreichische Aerzte-Zeitung, 1905. 9. szám.)

A styptol és a stypticin összehasonlító vizsgálatát végezték *Bossi* tanár klinikáján *Chiappe* és *Ravano*. Kiterjedt kísérleteik eredményeképpen oda nyilatkoznak, hogy a styptol előnyben részesítendő egyrészt a haemostatikai hatás biztossága miatt, másrészt pedig azért, mert sedativ hatású a méhre, ellentétben a stypticinnel, a mely fejfájásokat okozhat; különben a styptol olcsóbb is, mint a stypticin. Minthogy a styptol méhösszehúzódadásokat nem okoz, a terhességben beálló vérzések ellen is bátran használható. Az adag naponként 15—25 centigramm legyen. (Der Frauen-Arzt, 1905. 3. füzet.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. augusztus 24.

|| **Új egyetemi tanárok.** *Grósz Emil* dr.-t, a budapesti tudományegyetemen a szemészeti kórtan és módszertan nyilvános rendkívüli tanárát ugyanazon tudományegyetemen az elméleti és gyakorlati szemészet nyilvános rendes tanárává nevezte ki a király. — *Makara Lajos* dr. budapesti tudományegyetemi magántanárt és a Budapest székes-fővárosi szent Margit-kórház rendelő sebész-főorvosát a kolozsvári tudományegyetemen a sebészet nyilvános rendes tanárává nevezte ki a király.

× **Kinevezés.** *Rex Izsó* dr. Szeged-felsőváros kerületi orvosává neveztetett ki ideiglenes minőségben.

○ **Választás.** *Lax Simon* dr.-t jablonici körorvossá választották.

— **Ritók Zsigmond** dr. lakását VIII., Baross-utca 59. sz. alá helyezte át.

| **Salgó Jakab** dr. egyetemi magántanár jelenleg V., Nagykorona-utca 22. sz. alatt lakik.

+ **Iskolaorvosi tanfolyam Kolozsvárt.** A kolozsvári magy. kir. Ferenc József tud. egyetem orvosi karánál az iskolaorvosi és középiskolai egészségügytanári tanfolyam folyó év szeptember 15.-én kezdődik és december 15.-éig tart. A tanfolyam végeztével a résztvevők erre rendelt bizottság előtt tanári vizsgát tesznek le, a melynek sikere esetében középiskolákra képesítő egészségügytanári oklevelet kapnak.

A tanfolyamra legfeljebb 30-an vétetnek fel és pedig első sorban orvostudorok, másodsorban szigorló orvosok. A folyamodások szeptember hó 10.-éig az orvoskari dékánál nyújtandók be. A tanfolyam díjtalan, a vizsgálat díja 18 kor., az oklevél kiállításáért 2 kor. és bélyegre szintén 2 korona fizetendő.

† **Elhunyt.** *Sor Ferencz* dr. Kiskunfélegyháza tisztiorvosa e hó 22.-én rövid szenvedés után 53 éves korában. — *Schönfeld Mór* dr. gyöngyösi orvos e hó 17.-én 62 éves korában. — *A. J. Kunkel*, a würzburgi egyetemen a gyógyszer-tanára, a vakbélből kiindult has-hártyalob következtében négy napos betegség után 57 éves korában e hó 20.-án. — *H. Laehr* tanár, a német elmeorvosok nestora 85 éves korában. — *J. W. Ogle*, a londoni „St. George's hospital” főorvosa (consulting physician) 81 éves korában.

— **Kisebb hírek külföldről.** *K. Toltd* bécsi boncztan-tanárt az urakháza tagjává nevezték ki. — A jelenleg Berlinben élő *A. Freund*, a strassburgi egyetem nyugalmazott hírneves szülész-tanára e hó 15.-én ülte orvosdoktorrá felavatásának 50. évfordulóját. — *Recklinghausen* strassburgi tanár 50 éves doktori jubileumát e hó 28.-án ünneplik. — A königsbergi egyetemen új törvényszéki orvostani intézetet rendeztek be; igazgatója *Puppe* tanár. — *L. Brauer*-t a belgyógyászat rendes tanárává nevezték ki a marburgi egyetemen. — A szentpétervári kísérletező kórtani intézet igazgatójává *Poduynszotzki* tanárt nevezték ki, a ki eddig az odessai egyetemen az általános kórtant adta elő. — Az ötvenként kiosztásra kerülő, körülbelül 4000 koronás *Umberto*-díjat, a melyre az orthopaed-sebészet körébe vágó munkák pályázhatnak, *Vulpus* heidelbergi tanárnak ítelték oda az ináttüteléről irt munkájáért.

A kezek desinfectiojáról. *Sarwey* (Tübingen) épen most megjelent művében (Bakteriologische Untersuchungen über Händedesinfektion und ihre Ergebnisse für die Praxis, Berlin 1905.) a kezek desinfectiojára a következő módszert ajánlja: a kezek és karok öt percig mosandók és erőlyesen keféldendők forró vízben *Schleich*-féle márványpor-szappannal vagy saposilic-vel (*Westhoff*), a mosdóvíz többszörös változtatása mellett. Utána ugyancsak öt percig erősen mosandók és keféldendők két százalékos lysoform-alkohol- vagy 2 pro mille alkoholos sublamindatban. Igen fontos a kezek szorgos ápolása, hogy a bőr sima és repedésektől ment legyen.

— **A görög és latin orvosi műszavak írásáról.** Az orvosi szak-sajtó képviselői, mint már említettük, nemrég nemzetközi egyesületet alkottak, mely Bernben tartotta első gyűlését. Szóba jött ezen az idegen eredetű műszavak írásának kérdése is. A jelenlévő 19 tag közül csak négy szavazott a fonetikai írás mellett. A görög eredetű szavakra nézve a következőkben egyeztek meg. A k a mássalhangzók valamint az a és o betű előtt k-nak írandó, ellenben i, e és y előtt c-nek, pl. ektoderma, cystitis, carcinoma. De ha az illető szó végződése és egész typusa szerint latin, csak c-t szabad írunk, pl. bacterium. Ellenkezőleg, ha a szó feltűnően magán viseli a görög jeleget, s ez a kiejtésben is kifejeződik, csak k-t használjunk, pl. karyokinesis, kystoma (de e cysta). Azon szóknál, a melyek már teljesen átmentek a modern nyelv szokásába, fonetikai írásmód is használható.

— **A degeneráltak castratiojáról.** Angliában és Amerikában mind nyiltabban és merészebben foglalkoznak az elmebetegek, hülyék és degeneráltak castratiojának kérdésével. Legutóbb a gloucesteri (Anglia) állami elmeegógyintézet igazgatója és főorvosa hozták szóba a kérdést évi jelentésükben, mely e réven átment az angol napilapokba is. Az igazgató, *Craddock* kiemeli, hogy az orvostudomány ez idő szerint még tehetetlenül áll az elmebetegségekkel szemben. A főszólyt arra kellene helyezni, hogy lehetetlenné tétessék az elmebetegeknek és degeneráltaknak saját terhelt fajzatuk szaporítása. S ennek csak egy megbízható eszköze van — a castratio. *Bentoul* dr., az intézet főorvosa, még radikálisabb állást foglal el a kérdésben. Nézete szerint nemcsak a kifejezetten elmebajosok, de a szellemi tekintetben nem egészen normalisak s a testileg satnyák és fejletlenek is castrálendők. A előbbiek-ből számításai szerint 50 emberre 1 jut, az utóbbiakból pedig annyi van, hogy 5 emberre 1 esik. E szerint alig volna család, melynek legalább egy tagját meg ne kellene fosztani a szaporodás szervétől.

| **Az orvostanhallgatók száma a svájci egyetemeken.** A most bevégeződött nyári félévben Svájc öt egyetemének orvosi fakultásain 1679 hallgató volt beírva, 146-tal több mint tavaly. Ezek közt csak 556 volt svájci, a többi külföldi. Női hallgató 817 volt, csaknem a fele a hallgatóknak. Az orvostanhallgatók az egyes egyetemeken következőkép oszlottak el: Basel 149; Bern 554 (330 nő); Genf 285 (132 nő); Lausanne 306 (209 nő); Zürich 385 (165 nő).

— **„Gyógyult” syphilis.** Berlinben egy fiatal leány kártérítési pert indított kedvese, egy gyógyszerész ellen, ki őt bujakkal inficiálta s ezzel egész életére munkaképtelenné tette. A törvényszék a gyógyszerészt 2900 márka kártérítési összeg s havi 150 márka járadék fizetésére ítélte. A másodfokú bíróság ez összeget 1120 és 50 márkára szállította le. A gyógyszerész tovább fellebezett, hivatkozva három orvos bizonyítványára, a kik őt két évi kezelés után teljesen gyógyultnak jelentették ki, de a legfőbb ítélőszék az ítéletet helybenhagyta azzal a megokolással, hogy neki mint gyógyszerésznek tudni kellett volna, hogy syphilisből két év alatt nem lehet gyógyulni.

— **A radiobokról.** *Burke* tanár (Cambridge) hosszabb cikksben védekezik a felfedezésével szemben tanúsított skepticizmus ellen. Azok

az apró testek, a miket a radiumhatás után a sterilizált bouillonban kimutathatott, középalakok a kristályok és mikrobiumok közt, de határozottan közelebb állanak az utóbbiakhoz. Valószínűleg határformák a szervetlen és szerves természet közt; tulajdonságaik szerint félig ebbe, félig abba sorozhatók. Ezt a közbeeső állapotot Burke kritikusan nevezi, mert nagy labilitást mutat az egyik és másik irányban; nyilván átmeneti fokozata annak a folyamatnak, mely szervetlen anyagokból élő szervezeteket teremt. Azt az állítást, hogy a töle észlelt testek bakteriumok, Burke visszautasítja. Felfedezéséről egyébként nagyobb művet ír, mely ősszel fog megjelenni.

♂ **A szász orvosok jövedelme.** A szász királyi statisztikai hivatal kimutatást közöl a szászországi orvosok jövedelméről 1903-ban. E szerint az 1568 diplomás orvos közül 90-nek volt 1900 koránál csekélyebb jövedelme, 165-nek 3360, 290-nek 5150, 320-nak 7500 koránál meg nem haladó volt a jövedelme. 7500 és 12,000 korona közt 611-nek, 12,000 koránál több jövedelme 92-nek volt. E statisztikából kiderül, hogy a szász orvosok sorsa se valami fényes, de hogy mégis jobban megy a dolguk, mint poroszországi kollegáiknak.

± **A húsfogyasztásról különböző országokban.** A legtöbb húst az amerikai Egyesült-Államokban fogyasztják: fejenként 147 fontot, összesen 11 ezer millió fontot, még pedig 5 ezer millió font marhahúst, 4 ezer millió font sertéshúst és 800 millió font bárányhúst. A jenkik után mindjárt az angolok következnek fejenként 100 font húsfogyasztással. A többi országokra nézve a következő: Norvégia 80 font, Franciaország 77, Spanyolország 70, Németország 64, Svájc 62, Belgium 61, Magyarország-Ausztria 60, Oroszország, Portugál és Hollandia 50, Olaszország 24 font. E szerint úgy látszik, hogy a húsfogyasztás mennyisége nemcsak a vagyonsági viszonyoktól függ, mert Hollandia és Belgium kétségtelenül vagyonságosabb Spanyolországnál.

♀ **Mérgezés fagyalt élvezetétől.** Birminghamban nemrég 150 emberen jelentkeztek mérgezési tünetek tisztátalan fagyalt fogyasztása után, melyet egy tolokoesis utcaiz czukrász árúított. A tünetek igen gyorsan jelentkeztek hasfájás, hányás és hasmenés alakjában, egyes esetekben collapsus-szal. Halálestet egy sem fordult elő. A lefogyalt fagyaltban sem antimon, sem arsen nem volt kimutatható, de igenis töménytelen bacillus, melyek a bakterium coli csoportjába tartoztak. A fagyalt igen szennyes környezetben, árnyékszék közelében készült, s így juthattak bele a bakteriumok, a melyek benne még a megfagyasztás előtt nyilván igen erős szaporodásnak indultak.

□ **Anyák iskolája.** Madridban Marquis Casa Torre és felesége iskolát alapítottak az anyák és leendő anyák részére, melyben a gyermek ápolásáról és táplálásáról való tudnivalókat népszerű módon adják nekik elő. Az iskolával ingyenes gyermek-kórház kapcsolatos, melynek Ulecia dr. az orvosi vezetője. Az intézet azonkívül sterilizált tejet s ruhákat is oszt szét.

< **Poltophag és psomophag.** Van Someren volt az első, a ki azt állította, hogy az ember, a ki a táplálékot alaposan megrágja, a nyállal jól összekeveri, egyrészt kevesebb táplálékkal beéri, másrészt jóval jobban is érzi magát, munkabíróbb és csak az egyszerű táplálékot kívánja meg. Higgins folytatta az ezirányú tanulmányokat. Szerinte vannak poltophagok és psomophagok. Poltophagok azok az állatok, a melyek a táplálékot nagyon jól megrágják, ilyen a ló; psomophagok pedig azok, a melyek csak nagyjában rágnak meg a táplálékot, ilyen a kutya. A száj és a torok alkata szerint az ember a poltophagok közé tartozik és csak a rossz szokás, illetve a kultúra haladása tette psomophaggá. Pedig nagyon jó volna szerint, ha az ember ismét poltophaggá válnék, mert akkor az eddig szükségesnek tartott fehérjemennyiség felével is fenn tudná tartani testsúlyát, úgy testi, mint szellemi munkabírósága fokozódna, vágya erősen fűszerezett, komplikált ételek, továbbá alkohol után megszűnnék; a poltophag ember bélürüléke állítólag nagyon kevés, csaknem szagtalan. (Lancet, 1905. május 20 és 27.)

+ **Magyar fürdők látogatottsága.** Iglófürdő (VIII. 16.) 634; Tatra-Széplak (VIII. 12.) 1171; Tatrafürdő (VIII. 17.) 2669; Ujtatrafürdő (VIII. 9.) 1621; Lipik (VIII. 20.) 3975; Korytnicza (VIII. 10.) 1638.

× **A budapesti egyetem II. nőbeteg klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét** július hóban 98 esetben vették igénybe; a műtétek száma 79 volt.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 30. hetében (1905. július 23.-tól, július 29.-ig) következő volt: I. **Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Elveszülte 338 gyermek, elhalt 355 egyén, a születések tehát 60-al muták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 24.1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 22.1, az egy éven felüli lakoságnál: 20.4, az öt éven felüli lakoságnál: 3.7. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 2, meningitis tuberculosa 3, apoplexia cerebri 2, convulsiones 3, paralysis progress. 6, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 0, morbi org. cordi. 5, morbi myocardii 3, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 5, alii m. org. circ. 0, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 0, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 4, pneumonia 5, pneumonia crouposa 0, tuberc. pulmonum 35, emphysema pulm. 0, pleuritis 1, alii m. org. resp. 1, morbi stomachi 1, enteritis 2 éven aluli 41, 2 éven felüli 2, cholera nostras 0, hernia incarcerata 0, alii oocl. intestini 0, peritonitis 2, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 1, alii m. org. dig. 0, nephritis 8, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. 0, alii m. org.

gen. 0, m. cut. et t. cell. 1, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 11, paedatrophia 1, marasmus senilis 1, carcinoma ventric. 4, carcinoma uteri 0, alia carcinomata 2, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 2, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 1, typhus abdominalis 2, variola, varicella 0, morbilli 0, morbilli pneumonia 2, scarlatina 1, pertussis 0, croup-diphth. 3, diphth. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 0, lues congenita 6, erysipelas 0, pyaemia, sepsis 1, alii morbi infect. 1, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 4, suicidium 4, homicidium 1, justificatio 0, casus viol. dubii 1. — II. **Betegedés.** a) Betegforgalom a közreégi kórházakban. A múlt hét végén volt 3288 beteg, szaporodás 810, csökkenés 778, maradt e hét végén 3243 beteg. b) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tünteti fel): kanyaró 47 (93), vörheny 27 (6), alh. gége- és ronsoló torokf. 19 (14), hökhurut 30 (13), gyermekágyi láz 2 (1), hasi hagymáz 14 (7), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 9 (6), vérhas 3 (0), járv. agy-gerinczagykérő 0 (0), járv. fültőmirigylob 1 (0), trachoma 0 (0), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning Hoechst a/M. „Tussol“ című prospectusa van mellékelve, melyre előfizetőink szíves figyelmét ezennel felhívjuk.

Fiatall orvos

a főváros környékén fix állást keres. Cím: a „Petőfi“ újság-, könyvkiadó és hirdetési vállalatnál. Budapest, VII. kerület, Kertész-utca 16. szám.

„Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatorium. „Ujjonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbeteglek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. szám. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.

Vízgyógyintézet a „Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: Dr. Jakab László.

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi-telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79-72. Villamos vasút-összeköttetés. Kivánatra prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő gyógyfürdő, Buda.

Természetes forró-meleg kénas források, iszapfürdők, iszapborogatások massage, vízgyógyintézetek, szénsavfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyvíz-uszodák. Olcsó és gondos ellátás. Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospektust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő igazgatóságára Budán.

Elektromágneses intézet (Müller Konrád J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: neurasthenia, almatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és belbántalmak, fejfájás, csúsz stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: Rétz Béla dr.

Dr. Kopits Jenő, operateur, testegyesítő intézete Budapest, VII., Kerepesi-út 18, I. em. (Bejárat Kazinczy-u. 2.)

Dr. Widder Bertalan operateur testegyesítő (orthopédia) intézete csont- és izületi (tuberculosus, angolkóros, rheumás, elgömbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sarok. Rendel. d. e. 11-12., d. u. 3-5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

Gonococcus-vizsgáló laboratorium. Csillag Jakab dr. Budapest, VI., Teréz-körút 2.

FANGO -GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 51.) Csúsz, köszvény, consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak ellen. Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.

KRONDORFI A LEGJOBB
NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Első nemzetközi anatómiai congressus. (Genf, 1905. aug. 6.—10.) 614. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 614. l.

Első nemzetközi anatómiai congressus.

(Genf, 1905. aug. 6—10.-éig.)

(Vége.)

5. Regaud (Lyon) a házinyúl petéjén a zona pellucida képződését vizsgálta meg. Vizsgálatai szerint a hártya teljesen a tüszőhám képződésén, de nem direkt sejtprotoplasmából alakul ki, hanem a sejtek közötti exoplasmikus eredésű intercellularis anyag szaporodásából jön létre. Azok a protoplasma-nyúlványok, a melyek Retzius, Flemming és mások szerint a tüszőhámsejtek legbelső rétegéből a zona pellucida finom merőleges csatornácskái át a petesejtbe haladnak, vizsgálatai szerint nem léteznek.

6. Weidenreich (Strassburg) a fehérvérsejtek keletkezéséről értekezett. A fehérvérsejtek közt általában három fajtát lehet megkülönböztetni: polymorphmagvú (uni- vagy multinuclearis) sejteket, lymphocytákat és mononuclearis nagy sejteket. Némelyek (pl. Ehrlich) azt vélik, hogy ez a három sejtfajta egészen különböző jelentőségű és más-más helyen (nyirokcsomók, csontvelő, stb.) képződik. Előadó azokhoz csatlakozik (Gulland, stb.), a kik e három sejtfajtát együttesen tartozónak tartják. Az alapformát a nagy mononuclearis sejtek képviselik. Ezek úgy a nyiroktüszőkben, mint a csontvelőben képződnek; amott a „csirázó centrumok” nagy sejtjeit, emitt a velősejteket alkotják. Belőlük lesznek szaporodás útján a kisebb lymphocyták, s ezekből regressiv átalakulás útján a polymorphmagvú sejtek. Az embrióban is csak egy alapformával találkozunk: a primaer vándorsejttel (Saxer). Ebből lesznek azok az elemek, a melyek, bevándorolva az erekbe, a fehérvérsejteket alkotják, valamint a szövetszövetekben található vándorsejtek is. E szerint a histogen és haematogen leukocyták közt genetikai tekintetben nincs különbség.

7. Froriep (Tübingen) a koponyaalap segmentalis szerkezetével foglalkozott. Az embrióban a koponyának megfelelő részben is összehajlókat mutathat ki. Ezeknek a száma különböző. Amniotákban legfeljebb öt mutatható ki, őshalakon ellenben sokkal több, így torpedón kilencz. De valameny állaton azt találjuk, hogy az elülső szelvények csakhamar eltűnnek, diffúz mesenchymává alakulnak át, s csak a három utolsó fejszelvény marad meg. Ezek a somiták soká fenn is állanak s ezek alakulnak át a nyakszirtesonttá, mely tehát már egymagában három csigolyának felel meg. Ennek kapcsán megemlítem, hogy a demonstrációk alkalmával Kollmann (Basel) egy igen érdekes emberi koponyát mutatott be, melyen ezen occipitalis csigolyák közül az utolsó félig-meddig emancipálódott a nyakszirtesonttól, úgy hogy egyes részei fel voltak ismerhetők.

8. Grynfeldt (Montpellier) a madarak musc. dilatator pupillae-jéről tartott előadást. Egyes madarakban egészen önálló, radiaer lefutású, harántcsíkú izomrostok mutathatók ki az iris szövetében. Az éjjeli ragadozóknál (bagoly, stb.) ellenben myoepitheliumot találunk, mint az emlősökben; az iris hátulso hámrétegében sugárirányú finom fibrillumok ismerhetők fel, a melyek váltakozva egyes és kettős fénytörési tagokból állanak. Első példája ez egy harántcsíkú myoepitheliumnak.

9. Hammar (Upsala) megmérte a thymus súlyát különböző életkorokban, s azt találta, hogy a thymus elcsenevészése csak a 40-es években indul meg. Nézete szerint a thymus nagy jelentőségű szerv, mely tevékeny részt vesz a fehérvérsejtek képzésében. Fejlődésánál az azt találta, hogy a thymus eredeti hámsejtjei a leukocytákat magába foglaló recézévé alakulnak át; belőlük lesznek a Hassal-féle testek is. A fehér vérsejtek kívülről vándorolnak be a thymusba.

10. Cristiani (Genf) pajzsmirigy-transplantatioinak eredményeit ismertette. Az átültetett pajzsmirigyszövet csak akkor tapad meg, ha ugyanabból az állatspeciestől származik s e mellett fiatal állatból van véve.

11. Joseph (Bécs) a vesehámsejtek centrosomáival s sajátos szűrőnyúlányaival foglalkozott. A discussióban úgy Joseph, mint Benda (Berlin) kiemelték, hogy vizsgálataik által e sorok írójának hypothesise, mely szerint a csillangók tövén levő basalis testecskék centrosomák, beigazolást nyert.

12. Dantschakoffné (Jekaterinoslaw), egy fiatal orosz hölgy az állkapocs alatti mirigyről kimutatta, hogy a lebenyek közt kötőszövetben igen sok a plasmasejt. Nézete szerint ezek a sejtek megrakodnak az erekből felvett tápláló anyaggal s ezek szolgáltatják közvetlenül a mirigysejteknek az elválasztó tevékenységükhöz szükséges anyagokat.

13. Donaggio (Nápoly) a gerinces állatok idegsejtjeinek neurofibrillumait illetőleg prioritási jogokat vindikált magának, nem jogosan, mert Bethe a neurofibrillumokat kétségtelenül előtte mutatta ki. E mellett Donaggio sajátos módon csak a legutóbbi időben vonta le a lóplet módszeréről, mely piridin-fixálásból és thionin-festésből áll. Készítményei ezenfelül azt tanúsítják, hogy módszere nem vetekedhetik Ramón y Cajal és Bielschowsky újabb fibrillum-festő módszereivel, mert nyilván a rossz fixálás miatt, a finom rostocskákat össze-vissza kuszált állapotban tünteti elő. Kiderült a készítmények demonstrációjából az is, hogy a dolgozataihoz mellékelte ábrák, a melyekben a sejtekben rendkívül sűrű hálózatos

rajzol, nem természetűek, mert az, a mit ő szabályos recézének rajzol, valójában nem az, hanem csak az összekuszált fibrillumok szabálytalan fonatszerű gomolyagja.

14. A legélelkebb vitatkozás a peripherikus idegrendszer fejlődése körül folyt. A discussio bizonyára még sokkal élénkebb lett volna, ha Schultze Oszkár ez irányú előadását vissza nem vonja. Kohn (Prága) és Barfurth (Rostock) hozták ezt a kérdést szóba, mindketten a „lánczolat-elmélet” híveinek vallva magukat. E sorok írója képviselte Froriep-pel (Tübingen) és Monti-val (Pisa) egyetemben a másik nézetet, mely szerint az idegrostok unicellularis képződmények s a központi idegrendszerből való kinövés útján fejlődnek. Barfurth a Schwarz-féle sejtek szereplését az idegképzésben különösen az idegek regenerációjára vonatkozó kísérleteivel igyekezett támogatni, a melyek az ú. n. auto-regeneratio mellett szólnak. E sorok írója kimutatta a vitatkozásban, hogy az ilyen kísérletek nem döntők az idegfejlődés kérdésében, de másfelől elismerte, hogy az újabb tapasztalatok alapján eddigi felfogásunkat a Schwarz-féle sejtekről módosítanunk kell, a mennyiben el kell ismerünk, hogy e sejtek ektoderma-eredésűek, nevezetesen a dúcztelepek származékai, a miből az folyik, hogy esetleg kóros viszonyok közt, a milyen a regeneratio, szintén résztvehetnek a tengelyfonal képzésében (heteromorphosis).

A délelőtti előadásoknál talán még tanulságosabbak voltak a délutáni demonstrációk, a melyek a szövettani intézet gyakorló termében tartottak. Az előadók valamennyien bemutatták a közléseiket támogató készítményeket, de bemutatták itt praeparatumaikat azok is, a kik az előadások során nem juthattak szóhoz. Igen érdekesek voltak pl. Kostanecki (Krakó) készítményei, a melyek myostoma termékenyítésére vonatkoznak, s a melyekben határozottan felismerhető volt, hogy az első barázdálódási orsó centrosomái a spermocentrumból erednek s nem az ovocentrumból, mint Wheeler állítja. Kohn (Prága) igen szép makroszkopikus készítményeken mutatta be a hasüregben fekvő paraganliumokat, ezen érdekes, újonnan felfedezett szerveket. Lichtenberg Sándor (Budapest) a húgyhólyag Röntgen-képeit mutatta be, a melyeket a heidelbergi sebész klinikán vett fel, valamint a húgyvese fejlődéséről szóló dolgozatához tartozó viasz-modelleket. Kivüle hazánkat a congressuson még Tellyesniczky magántanár és e sorok írója képviselte.

Egészben véve a congressus sikerültnek és eredményesnek nevezhető. Ha el is tekintünk tudományos eredményeitől, nem becsülendő kevésre az a haszon, a melyet az által hajtott, hogy közelebb hozta egymáshoz a különböző országok tudósait s ezzel szorosabbá tette azt a kapcsolatot, a mely a tudomány férfait egy nagy köztársasággá egyesíti. Genf, 1905. augusztus 11.

Lenhossék Mihály.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Küzdelem a vénülés ellen. Stockton, buffalói orvos az American Medical Association ez év július 11—14.-én tartott évgyűlésén érdekes előadást tartott a senilitas tüneteiről és kezeléséről, leginkább *Metschnikoff* nyomán. Az élénk tollal írt dolgozatból csak a legutolsó részt közöljük, melyben a szerző a vénés kóros tünetei ellen való védekezésről szól.

Mit tehet az orvos, hogy az elaggott emberek életét tűrhetőbbé tegye, hogy a vénés tüneteit a physiologiai keretek közé szorítsa? Kétségtelen, hogy az a sok mindenféle jelenség, mely magas korú egyénben panaszra ad okot, nem rendes, a physiologiai élet körébe tartozó tünet, hanem pathologiai jelenség. Sajnos, az orvosok az idős egyének panaszaira általában nem fordítanak kellő figyelmet, mert e tüneteket az aggkor rendes corollariumának tartják, holott nagy részük nem az. Az idős emberekben észlelhető kóros tünetek leginkább toxikus jellegűek; ilyen a legközönségesebb senilis elváltozás, az arteriosclerosis is. Stockton *Metschnikoff*-al valószínűnek tartja, hogy e toxinok leginkább a vastagbélből jutnak a szervezetbe. A bél e részében óriási mennyiségű baktérium tanyázik, a melyek ott erjedési, rot-hadasi folyamatokat tartanak fenn s a melyek alkaloidokat, zsírsavakat és toxinokat termelnek; ez utóbbiak felszívódnak, s a szervezetre mérgező hatást fejtenek ki. Míg az organismus fiatal és erőteljes, könnyű szerrel elbálik e mérgekkel, de az idős, elgyengült szervezet mind erősebben megérezzi a hatásukat. E mérgek legelőször a kiválasztó szerveket támadják meg; ezeknek legfontosabb elemei lassanként elfajulnak s működésük mind fogyatékosabb lesz. A bőr, tüdő, vese és máj az, a melyen a senilis elváltozások legelőbb jelentkeznek.

E folyamatokba az újabb kutatások révén elég bepillantásunk van, s így szinte csodálatos, hogy az orvostudomány eddigelé oly keveset foglalkozott azzal a kérdéssel, hogy mikép lehet az aggkori tüneteket enyhíteni, őket megelőzni, s ha már kifejlődtek, ellenük küzdeni? Az orvosi tankönyvekben alig esik szó erről, a legtöbb orvos előtt terra incognita az idős egyének pathológiája, testi és szellemi diatetikája,